

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1895, à 1 heure.

Par ÉDOUARD MICHON

Né à Conches-les-Mines (Saône-et-Loire), le 23 juin 1868

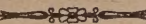
VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

L'INCISION HYPOGASTRIQUE DE LA VESSIE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges { MM. BOUILLY, agrégé.
HUMBERT et ALBARRAN, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1895, à 1 heure.

Par ÉDOUARD MICHON

Né à Conches-les-Mines (Saône-et-Loire), le 23 juin 1868

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

L'INCISION HYPOGASTRIQUE DE LA VESSIE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges { MM. BOUILLY, agrégé.
HUMBERT et ALBARRAN, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS-DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de la pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MÉNÉTRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef de	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiq. et	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MON PÈRE

A MON ONCLE

A M. LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut

Hommage de profonde reconnaissance
et de respectueuse affection.

A M. LE PROFESSEUR TERRIER

A M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNÈRE

A M. LE PROFESSEUR BERGER

Hommage de respectueuse gratitude.

Je prie mes maîtres, MM. RENDU, NICAISE, ROUTIER,
GÉRARD-MARCHANT, NÉLATON, BROCA, POIRIER,
HARTMANN, ALBARRAN, HALLÉ et LEGUEU, de rece-
voir mes remerciements pour les leçons que j'ai reçues d'eux, la
bienveillance qu'ils m'ont témoignée et l'amitié dont ils m'ho-
norent.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

L'INCISION HYPOGASTRIQUE DE LA VESSIE

INTRODUCTION

La renaissance de la taille hypogastrique a été le point de départ de grands progrès dans la thérapeutique chirurgicale des maladies de la vessie. D'abord elle fut pratiquée seulement pour l'extraction des calculs, dans des conditions de sécurité et de facilité, que n'avaient pu donner les divers et remarquables perfectionnements des tailles périnéales. Puis bientôt ce fut à l'attaque régulière des néoplasmes vésicaux, qu'elle permit de prétendre. De ces résultats nous ne nous occuperons pas ici. Mais comme l'incision hypogastrique permet aussi l'évacuation complète du contenu de la vessie et met au repos absolu le muscle vésical, elle modifie par elle-même l'état physiologique de cet organe. De cette action résulte donc une extension considérable et toute particulière de la valeur thérapeutique de l'ouverture sus-pubienne.

En effet, s'il y a retenue de l'urine avec tension, toute vessie peut se congestionner et réagir douloureusement ; s'il s'il y a seulement stagnation, quelle que soit son importance, le contenu devient un milieu de culture pour les micro-organismes et les modifications anatomiques et fonctionnelles de l'appareil urinaire créent un terrain favorable à l'infection.

M. le professeur Guyon et ses élèves ont étudié ces perturbations dues à la rétention et précisé les conditions dans lesquelles l'infection devient possible. Lorsqu'il y a rétention et que la distension commence, la vessie réagit par des contractions douloureuses et violentes, si ces efforts n'aboutissent pas à l'évacuation du contenu, le muscle à la longue cesse de se contracter; les parois vésicales se congestionnent; de là, les ecchymoses et des hématuries, des lésions trophiques de la muqueuse qui perd son épithélium. Les troubles ne se localisent pas à la vessie; la congestion s'étend aux reins, d'où il résulte une suractivité, puis une défaillance de la fonction rénale; à la prostate, dont l'augmentation de volume accroît l'obstacle mécanique à la miction. La stase de l'urine se produit aussi dans l'uretère et dans le bassinet, qui se dilatent, dans les tubes du parenchyme rénal, qui s'atrophie.

Si l'infection se produit alors, les micro-organismes introduits dans la vessie prospèrent dans l'urine qui y séjourne; rapidement leur nombre s'augmente, leur virulence s'exagère, et les toxines sécrétées par eux s'accumulent. L'appareil urinaire, qui à l'état normal pouvait se défendre, grâce à l'intégrité de ses muqueuses et au courant continu de l'urine, ne peut plus se protéger contre son contenu à la fois microbien et toxique. Les lésions épithéliales et la congestion permettent aux agents pathogènes de pénétrer dans les tissus des parois; l'absorption des toxines par les vaisseaux est possible, à cause de l'état de la muqueuse malade. Enfin l'uretère dilaté est ouvert à l'infection ascendante.

Tous ces accidents, l'ouverture de la vessie par l'hypogastre peut les combattre, car elle permet de supprimer la vessie en tant que réservoir et fait d'elle un simple conduit pour le passage de l'urine. On sait en effet que l'ouverture de la vessie, quoique n'ayant pas lieu au point le plus déclive, permet, sauf dans quelques cas que nous aurons à étudier, de mettre complètement à sec le réservoir vésical; cela par le fait seul de la

poussée intestinale et de la tension abdominale, sans qu'il soit nécessaire que les contractions vésicales interviennent.

L'action de l'incision sus-pubienne contre les phénomènes congestifs et douloureux, contre l'inflammation et l'infection, résulte des modifications qu'elle apporte dans les phénomènes d'ordre mécanique de l'écoulement de l'urine et dans ceux d'ordre dynamique d'irrigation sanguine de l'appareil urinaire.

C'est ainsi que l'incision de la vessie, comme MM. Guyon et Hartmann l'ont montré, fait disparaître les crises douloureuses dues aux cystites. En effet, à quoi sont dues ces crises? « A une contracture spasmodique de tout l'appareil musculaire de la vessie. Cette contracture douloureuse comme celle de tous les muscles lisses, cette colique vésicale est déterminée par une action réflexe dont le point de départ est la mise en tension de la muqueuse enflammée; cette mise en tension commence dès que la capacité physiologique de la vessie est dépassée. L'incision vidant sans cesse le contenu vésical empêche cette distension de se produire, le point de départ de l'acte réflexe manque; il n'y a plus de contracture musculaire, et partant plus de douleur. »

L'incision hypogastrique fait disparaître aussi tous les phénomènes d'ordre congestif; ce rôle est encore dû à l'absence de toute rétention et à la disparition des contractions violentes, MM. Guyon et Albarran ont montré que la stase sanguine s'étend à la vessie, au rein, à la prostate. Nous comprenons donc comment MM. Guyon et Pousson ont pu expliquer que la taille faisait disparaître l'hémorrhagie néoplasique, qui, comme on le sait, est presque toujours d'origine congestive. Elle sera tout aussi utile dans les hématuries, dues au prostatisme ou à la cystite. Cette incision combattra aussi la congestion réflexe du rein et souvent à sa suite la polyurie diminuera. Enfin la prostate, gonflée de sang, se dégorgera, et nous aurons à parler de la diminution de volume de cet organe après l'ouverture de la vessie.

L'incision de la vessie diminuera et rendra moins grave l'inflammation et l'infection. Elle assure l'écoulement permanent d'une urine, qui lorsqu'elle séjourne augmente sa virulence et sa toxicité; elle supprime toute tension qui favorise l'absorption de cette urine. Elle permet à l'écoulement continu de se rétablir dans l'uretère et de protéger les voies urinaires supérieures. Enfin cette incision fait cesser les troubles circulatoires et la stase sanguine, qui au niveau de la vessie favorisent la pullulation et la migration des micro-organismes, et qui, au niveau du rein, empêchent l'élimination de ces mêmes poisons et causent des lésions surajoutées amenant la défaillance définitive d'un organe antérieurement malade.

L'incision hypogastrique de la vessie a donc à vrai dire sa physiologie. C'est en tenant compte des modifications qu'elle détermine, que l'on en peut bien comprendre les effets. A cette condition, l'on est à même de demander, en toute connaissance de cause, à ce mode d'intervention des résultats thérapeutiques. Les indications sont précises et par cela même, le succès possible. Ce côté particulièrement intéressant de la question est celui que nous nous proposons d'exposer. Nous étudierons surtout l'incision hypogastrique de la vessie dans ses applications au traitement des hématuries vésicales graves, des douleurs sévères et durables, des phénomènes infectieux. Les services, qu'elle rend lorsqu'il s'agit de remédier à l'impossibilité ou à des difficultés de cathétérisme, de même que ceux que l'on en peut attendre dans le traitement de certaines infiltrations d'urine, ne sont pas du même ordre. Mais ils ont leur place trop bien marquée dans les progrès de la thérapeutique opératoire, que l'incision hypogastrique a permis de réaliser, pour que nous les passions sous silence.

Dans bien des cas, la durée même des accidents force le chirurgien à tenter de prolonger les bienfaits de l'incision, et nous aurons à voir dans un dernier chapitre le meilleur procédé pour obtenir une fistulisation permanente ou de longue durée.

Tous les effets heureux de l'incision sus-pubienne sont donc dus en somme à l'évacuation de la vessie et à son repos absolu. D'autres moyens, soit les tailles par le périnée ou le vagin, soit le cathétérisme simple et permanent permettent d'atteindre le même but.

C'est demeurer dans la donnée physiologique, qui nous inspire, que d'en indiquer les résultats. D'ailleurs en clinique, pas plus que dans l'expérimentation, l'on ne peut juger une question et prendre des conclusions sans avoir des termes de comparaison. Lorsqu'il s'agit de thérapeutique chirurgicale, il ne nous est pas permis d'avoir pour objectif de choisir entre deux manières de faire. « Notre devoir de cliniciens, ainsi que le disait notre maître, M. Guyon, à la fin d'une de ses leçons, est de déterminer pour chaque cas les raisons qui justifient le recours à l'une ou l'autre ». C'est pourquoi tout en mettant, le plus que nous pourrons, en valeur les résultats thérapeutiques de l'incision hypogastrique de la vessie, nous chercherons à montrer : quand et comment il convient d'y recourir.

CHAPITRE PREMIER

De l'ouverture hypogastrique de la vessie en présence de difficulté ou impossibilité de cathétérisme.

La rétention aiguë avec impossibilité de pénétrer dans la vessie, la rétention chronique avec cathétérismes fréquents, qui, chaque fois, causent des douleurs vives au malade, ou nécessitent des manœuvres prolongées pour franchir un urèthre plein d'obstacles : voilà des indications d'ordre purement mécanique, qui devaient conduire à évacuer par une voie détournée le contenu vésical.

Deux grandes classes de rétentions, celles dues aux rétrécissements de l'urèthre, et celles causées par les lésions de la prostate, peuvent ainsi conduire à une intervention sanglante.

Pour les rétrécissements de l'urèthre, tout cathétérisme étant impossible, on trouve dans l'uréthrotomie externe un moyen de supprimer le point rétréci ; si la taille hypogastrique devient nécessaire, c'est pour pratiquer le cathétérisme rétrograde. Aucun chirurgien maintenant n'hésite à recourir à l'incision sus-pubienne dans des cas semblables. Le travail de M. Duplay, dans les *Archives de médecine*, 1883 ; le rapport de M. Ch. Monod à la *Société de chirurgie*, de 1886, ont vulgarisé en France ce mode opératoire ; nous n'insisterons donc pas sur ces faits, où l'ouverture de la vessie n'est du reste qu'un temps accessoire de l'opération, se combinant avec l'incision périnéale et la résection de l'urèthre.

Dans les cas de rétention chez les malades atteints d'hypertrophie ou de néoplasme de la prostate, il est tout indiqué de

recourir à la cystotomie hypogastrique. Le siège même de l'obstacle doit faire donner à celle-ci la préférence sur toute autre taille.

Cette application de la taille sus-pubienne dans les complications de l'hypertrophie prostatique n'est pas récente. La première observation publiée que nous ayons trouvée remonte à 1856. Dans une première période, on ne trouve que quelques faits épars ; tantôt le chirurgien est intervenu dans l'espoir d'un cathétérisme rétrograde ; tantôt pour dériver d'une façon permanente le cours des urines, mais en comptant alors sur le port d'une canule hypogastrique et non sur le fonctionnement même de la fistule.

Cette période s'étend de 1856 à 1888. La première opération publiée est celle de Sédillot ; elle fut pratiquée en 1856 chez un calculeux prostatique et hématurique ; le succès fut complet, le malade guérit et porta une canule hypogastrique.

En janvier 1869, Thompson incise sur une sonde introduite par l'urèthre, la vessie au-dessus du pubis et dérive ainsi d'une façon permanente les urines à l'aide d'un tube glissé dans la plaie hypogastrique.

Nous trouvons ensuite deux observations de E. Bœkel, publiées par lui dans la *Gazette médicale de Strasbourg* du 8 août 1884. Le premier malade était un vieillard de 72 ans, ayant une rétention d'urine et fausse route que l'on ne put franchir ; une ponction fut faite et un trocart mis à demeure ; en présence d'une infiltration d'urine commençante, la cystotomie fut pratiquée le 5 octobre 1870. Le malade mourut. Chez un malade de 79 ans, opéré en 1882, pour impossibilité de cathétérisme, la même opération fut pratiquée et avec le même résultat malheureux.

Rohmer faisait paraître une observation dans le numéro du 1^{er} décembre de la *Revue médicale de l'Est*, 1884. Il s'agissait d'un malade atteint d'hypertrophie prostatique. Pour remédier à une rétention, on fit pendant trois jours des ponctions hypo-

gastriques ; et c'est après cette attente, que la cystotomie fut décidée pour pratiquer le cathétérisme rétrograde.

Thompson dans ses leçons cliniques parle d'un deuxième malade qu'il opéra en juin 1886, pour remédier à des mictions fréquentes et douloureuses. Son opéré guérit et porta un urinal.

En 1887, Packard publie dans le *Journal of the American medical Association*, le résultat de trois tailles hypogastriques, faites les années précédentes chez des vieillards en crise de rétention.

Mais en 1888 finit cette première période, où la taille se substitua au procédé de Méry, sans que l'idée d'une ouverture sus-pubienne pouvant fonctionner comme un urèthre artificiel conduisit le chirurgien.

A cette époque, à peu près en même temps, Mac Guire de Richmond et le professeur Poncet de Lyon pratiquent leurs opérations et publient leurs observations. Dès lors la cystostomie prend place à côté de la cystotomie et le but à atteindre est la création d'un urèthre sus-pubien artificiel.

De plus, les indications opératoires s'étendent singulièrement ; dans tous les faits précédents il y avait au moins difficulté de cathétérisme. Maintenant l'infection ou la crainte de l'infection, comme dans les cas de rétention aseptique avec distension, paraît suffisante à certains opérateurs pour légitimer l'ouverture de la vessie.

Mac Guire fit sa première communication à la *Société médicale de Virginie*, le 24 octobre 1888, et présenta quatre observations. Le second mémoire de ce chirurgien est un article paru le 17 mai 1890 dans le *Médical News*, où il cite 21 observations de tailles sus-pubiennes, parmi lesquelles huit chez des prostatiques. En Amérique, son exemple fut suivi. Davis fait de nombreuses communications, sur ce qu'il appelle « epicystic surgical fistula » (*Virginia medical Monthly*, avril 1893. *Journal of the American medical Association*, 11 mai 1889, etc.). C'est encouragé par les résultats brillants de Mac Guire, qu'il

a tenté ces opérations et modifié peu à peu le *modus faciendi*. Citons encore le résultat heureux de Stamm, de Buckston-Browne (mars 1890), de Southam (avril 1890).

En France, c'est au professeur Poncet que revient le mérite d'avoir vulgarisé cette opération, qui porte maintenant le nom du chirurgien lyonnais. M. Poncet faisait sa première cystostomie en avril 1888 ; le 4 février 1889, il lisait devant la *Société médicale de Lyon* un rapport sur cinq observations (De la création d'un urèthre contre nature. Cystostomie sus-pubienne dans les rétentions d'urine d'origine prostatique. Rapport publié dans le *Lyon médical*, 1889).

Depuis, grâce aux publications nouvelles de M. Poncet, à sa communication au *Congrès de Chirurgie*, 1892 ; à la thèse de son élève, M. Bonan ; grâce aussi au retentissement du brillant succès de la cystostomie chez Diday, l'opération se vulgarise. Elle est rapidement acceptée en province, appliquée d'une façon plus restreinte à Paris (Tedenat, Guillemot, Rollet, Desnos, Schwartz, Tillaux, Lejars).

L'impossibilité ou la difficulté de cathétérisme au cours de l'hypertrophie prostatique peut donc, aux yeux de tous les chirurgiens, être une raison suffisante pour faire la taille hypogastrique. Mais dans quelle proportion cette indication se pose-t-elle ? Quelle place occupe, en un mot, la taille sus-pubienne entre le cathétérisme simple et les autres interventions sanglantes ?

L'impossibilité de cathétérisme est indiquée un grand nombre de fois parmi les observations que nous avons relevées, comme ayant été soit seule, soit associée à l'infection, la cause de l'intervention. Cela est en contradiction avec ce que nous avons observé. Durant quinze mois à Necker, deux fois seulement des malades venus avec des fausses routes ont présenté un urèthre infranchissable (obs. XI et XXI). Lorsqu'on est en présence de ces malades, il faut essayer de passer successivement avec une sonde molle, une sonde béquille ; si celle-ci butte dans la déchirure, employer les mandrins ; faire le toucher rectal

pour soulever le bec du cathéter. Ces manœuvres faites doucement n'aggravent pas les lésions et conduisent presque toujours au succès.

Un second point à signaler, c'est que dans les faits relevés l'impossibilité de sonder n'existait pas d'emblée. Dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, qui avaient précédé l'intervention, on était arrivé à introduire une sonde avec plus ou moins de difficulté. A un des cathétérismes suivants, on a rencontré un obstacle infranchissable. C'est que pendant ce temps, les lésions prostatiques, loin de guérir, ont été entretenues, chaque fois, par les hésitations de la sonde. De là pour nous la règle, en présence d'un malade en rétention aiguë, ayant déjà subi des tentatives de sondages, présentant des urétrorhagies plus ou moins abondantes, de ne pas se contenter de pénétrer dans la vessie, mais encore de laisser la sonde à demeure. Trois ou quatre jours suffisent pour que la traversée prostatique se répare et redevienne facile à franchir.

C'est grâce à l'emploi des différentes sondes et du mandrin, et aussi à l'usage du cathétérisme permanent, que pour nous se trouvent exceptionnels les cas où le cathétérisme est impossible.

Malheureusement, ces cas existent, sont même relativement assez nombreux en dehors de la pratique hospitalière, lorsqu'on ne se trouve plus dans des conditions particulièrement favorables de matériel et d'installation.

Si le malade est déjà un vieil urinaire infecté et intoxiqué, il faut d'emblée ouvrir la vessie. Si au contraire on est en présence d'un prostatique à un premier accès de rétention aiguë avec des urines claires, on a encore une ressource dans la ponction hypogastrique, qui peut permettre d'attendre que le cathétérisme par les voies naturelles redevienne facile.

En effet, la ponction avec une aiguille fine et l'aspiration est une opération aisée à pratiquer, pouvant amener un soulagement immédiat et souvent une guérison complète, et point n'est besoin de citer les exemples où après une ou deux ponctions,

la miction et le cathétérisme par la voie normale sont devenus faciles.

A côté de ces avantages on a, il est vrai, mis en relief les inconvénients de la ponction, la blessure du péritoine et l'infiltration prévésicale. Le premier est rare et ne peut guère s'observer que par le fait d'une disposition anormale, comme le cas rapporté par Rollet, où il existait une adhérence du cul-de-sac à la symphyse; la blessure de la séreuse nécessita une cystotomie sus-pubienne. Ces cas sont exceptionnels.

Arrivons à l'infiltration d'urine. M. Poncet a insisté avec raison sur les dangers de cette complication et cité des opérations au cours desquelles il a assisté à l'issue du liquide par le point ponctionné. Mais on se mettra en garde contre cet accident en employant toujours une aiguille fine et en ayant soin d'en obturer l'extrémité libre en la retirant, pour qu'aucune goutte de liquide ne s'épanche dans le tissu cellulaire. Du reste, nous savons qu'infiltration grave va avec infection. Or ici, nous nous occupons des rétentions avec impossibilité de cathétérisme et sans infection, et, comme le dit M. Guyon : « Les grandes difficultés de cathétérisme ne se rencontrent guère que lors des tentatives que nécessite une première rétention ; dans la très grande majorité des cas, la vessie est alors exempte d'infection. »

Pourquoi alors d'emblée recourir à la cystostomie, qui, il est vrai, peut amener une guérison complète, mais laisse aussi, comme nous le verrons, l'aléa d'une infirmité due à l'incontinence, avant de tenter cette ponction capillaire? Celle-ci est en somme presque inoffensive, d'une exécution facile, et « son indication est d'autant mieux posée que le chirurgien ne doit jamais renoncer à retrouver prochainement la voie urétrale qu'il n'a pu d'abord parcourir ».

Si le médecin peut surmonter le plus souvent les difficultés survenant au cours d'une rétention aiguë, par des moyens relativement simples, il est au contraire des accidents permanents

ou sans cesse renaissants chez des malades, atteints de rétention chronique, qu'il est plus difficile de combattre. Chez ces malades obligés de se sonder eux-mêmes les difficultés peuvent se ranger sous trois chefs :

Douleurs vives à chaque cathétérisme.

Difficulté obligeant chaque fois le patient à faire des manœuvres prolongées ou violentes ;

Fréquence extrême des cathétérismes.

La sonde à demeure peut encore rendre ici des services. A l'aide de cette pratique, tel malade, entré à l'hôpital désespéré de ne plus pouvoir se sonder, sort une semaine après ayant un canal facilement perméable. « Le séjour de la sonde, comme le dit M. Guyon, modifie de telle sorte la région prostatique qu'elle refait la voie ; le défilé où s'accumulaient les obstacles, livre un libre passage aux instruments qui y passaient avec peine. »

Si cette méthode échoue, ou si les difficultés récidivent à brève échéance, la cystostomie peut devenir nécessaire. Furstenstein ; au congrès de chirurgie allemand, conseillait l'incision hypogastrique en semblables circonstances, et c'est ce qui a conduit Diday à l'accepter pour lui-même. A la suite de cette intervention, si le malade ne peut vider spontanément sa vessie, il pourra en général plus facilement et moins douloureusement se sonder par l'orifice sus-pubien, que par l'urèthre. Cependant nous voyons que le trajet peut devenir très sinueux (Obs. I de la thèse de Lagoutte) et que sa traversée peut être douloureuse.

Il faut maintenant discuter ce qui reste à la cystostomie, dans les cas d'obstacle d'origine prostatique, en face des autres interventions sanglantes, palliative, drainage périnéal ou trocart à demeure ; curatives, prostatotomie ou prostatectomie.

Destinée à détourner le cours des urines, la boutonnière périnéale, avec ou sans excision ou incision de la prostate, a été employée par Harrisson, Watson et surtout Thompson, qui en est partisan déclaré et y revient même après avoir eu dans quelques cas recours à l'incision sus-pubienne. Cependant elle nous

semble devoir être abandonnée ; ouvrant une voie au-dessous de l'obstacle, il faut modifier cet obstacle, pour que le drainage se fasse ; de là la nécessité de l'ablation d'une portion prostatique ou du maintien d'une sonde à demeure. M. Poncet et ses élèves la rejettent dans de semblables circonstances ; et Mac Guire résume la discussion en disant que tous les avantages sont ici pour la taille hypogastrique : facilité plus grande d'exécution, drainage aussi parfait, facilité d'exploration de la cavité vésicale, pas de crainte de blesser les canaux éjaculateurs et espérance d'absence d'incontinence d'urine.

La taille est aussi supérieure au trocart à demeure. C'est là le procédé qu'on employait au début du siècle dernier, dans les cas où le cathétérisme était impossible. C'est un procédé prôné aussi par Sédillot. Il ne permet pas mieux que la ponction capillaire l'évacuation de la vessie, expose comme elle aux infiltrations d'urine, aux infections périvésicales ; il n'a pas l'avantage de permettre, comme par la taille, l'exploration de la vessie et de donner encore moins l'espérance d'une fistule sus-pubienne fonctionnant comme urèthre. La fistulisation par un trocart a donc laissé définitivement le champ libre à la cystostomie.

Les opérations curatives sont-elles meilleures ? Nous ne voulons pas reprendre ici l'histoire de la prostatectomie ; mais l'attention doit être attirée sur ce que souvent on intervient pour enlever par la taille un obstacle qui n'existe pas ; que souvent aussi, quoique on ait fait une simple opération palliative sans toucher au col ni à l'urèthre, la fonction par les voies naturelles s'est rétablie.

La question de la rétention est en effet complexe ; à l'obstacle matériel constitué par l'existence du tissu même de la glande, il faut ajouter la congestion qui vient augmenter l'obstacle, la sclérose et l'atonie de la vessie qui est insuffisante pour chasser l'urine à travers l'urèthre.

De nombreuses statistiques ont été faites pour trancher la

discussion, pour savoir ce qui revient à l'hypertrophie des lobes moyens et latéraux, à la vessie, la question n'est pas encore vidée.

Nous voyons d'abord qu'il existe des cas d'hypertrophie du lobe médian faisant clapet devant le col vésical; là une intervention est facile et présente des chances probables de guérison. Mais ces cas sont rares; ne voyons-nous pas que Vignard, sur 28 cas de prostate du musée Civiale examinés par lui, note 16 cas avec hypertrophie de la glande sans déformation au voisinage du col; dans d'autres il y avait une saillie plus ou moins proéminente dans la vessie, mais avec des déformations du canal; et dans trois cas seulement la déformation en luette du lobe médian constituait tout l'obstacle.

Buckston-Browne sur 13 prostatiques, qu'il a opérés, a trouvé 5 fois absence complète d'une saillie prostatique intra-vésicale, et dit que dans bien des cas où il y a eu intervention, la guérison se serait probablement produite spontanément. Par contre, Belfield dans sa statistique signale 37 fois une tumeur médiane isolée sur 63 malades. Du reste, dans le fait particulier qui nous occupe, si en face d'une rétention l'opération est décidée, elle commencera par être une taille et, suivant la lésion reconnue, se terminera par la cystostomie ou la prostatectomie.

Dans les faits beaucoup plus fréquents où on est en présence d'une hypertrophie ne donnant plus lieu à une saillie du lobe médian, pédiculée, on peut encore recourir à une intervention radicale, se faisant par le périnée suivant le procédé de Dittel (résection cunéiforme de la prostate sans ouverture de l'urèthre), procédé qui a donné des résultats heureux à Küster et à Max Schede; ou bien par la voie hypogastrique, abrasion, énucléation de masse fibreuse après la section de la muqueuse.

Mais nous n'avons plus ici la facilité du cas précédent, où on avait constaté une luette vésicale; les moyens de diagnostiquer les lésions cliniquement, par les spires que décrit l'explorateur à boule dans l'urèthre; par la facilité avec laquelle

l'explorateur métallique évolue dans la vessie, par la longueur de la traversée prostatique et par le toucher rectal, ne sont pas suffisants. Même une fois la vessie ouverte, comment savoir exactement ce qui revient à l'inertie vésicale d'une part, à l'hypertrophie prostatique d'autre part? Là les difficultés de diagnostic augmentent, l'opération est plus grave et moins bien réglée. Aussi le chirurgien hésite, par une timidité bien légitime, et s'en tient à une prostatotomie, premier pas du recul vers la cystostomie simple.

C'est que nous voyons qu'après celle-ci le retour des fonctions par les voies naturelles peut revenir. De même que, par contre, à la suite des prostatectomies la récurrence s'observe.

Vignard examinant les résultats au point de vue de la rétention d'urine et de la difficulté de cathétérisme, dit que sur trente-sept opérations tant sus-pubiennes que périnéales, six fois la miction volontaire, abolie depuis plusieurs mois, a été rétablie d'une façon durable; nous voyons, par contre, huit cas où la miction volontaire n'a pas reparu. Belfied, sur une statistique plus récente et plus étendue, trouve que 28 p. 100 des opérations ont été suivies du rétablissement de la miction volontaire.

Si nous examinons, à côté de ces résultats, ce qu'on est en droit d'attendre de la simple ouverture de la vessie, nous voyons que les malades, opérés en état de rétention, doivent être divisés en deux catégories : ceux qui retrouvent la miction par l'urèthre et ceux qui continuent à évacuer leurs urines par la fistule.

Les premiers sont assez nombreux : de là on a voulu tirer cette conclusion que la cystotomie avait une action spéciale atrophifiante sur la prostate, alors qu'on est simplement en présence d'un fait général de la physiologie de cet organe. La mise au repos de la vessie, qu'elle soit obtenue par un cathétérisme évacuateur ou par une incision amène la décongestion de l'organe et la disparition de l'obstacle.

Il serait peu intéressant de prendre en bloc tous les cystostomisés et de voir quels sont ceux chez qui la miction naturelle

se reproduit. Beaucoup sont opérés pour des accidents autres que des rétentions, et il est tout naturel que le canal uréthral reste perméable. Nous voulons examiner à ce point de vue simplement les cas de rétention complète aiguë ou chronique.

Nous voyons d'abord que vingt prostatiques ayant perdu depuis longtemps la possibilité d'uriner par leur urèthre et étant obligés de se sonder, ont été opérés à cause de la fréquence ou de la douleur des cathétérismes. Chez tous, les lésions anciennes de la prostate et de la vessie n'ont pas été modifiées au point de vue de la mécanique de la miction. L'urèthre n'est redevenu perméable dans la suite chez aucun d'eux. Dix-huit ont continué à émettre leurs urines par la fistule ; deux ont préféré laisser celle-ci s'oblitérer et ont dû recourir de nouveau au cathétérisme.

Il serait intéressant de savoir, si dans les cas où il y avait non plus rétention complète, mais un résidu vésical de 200 ou 300 grammes par exemple, la vessie après la fistulisation a retrouvé une énergie suffisante pour se vider entièrement. Les détails manquent dans les observations pour éclaircir ce point. M. Desnos spécifie que chez un de ses opérés, lorsque la miction se rétablit par l'urèthre, la vessie ne se vidait pas entièrement. Dans nos deux observations (XXII et XXVIII) il en fut de même. Lorsqu'il n'y avait pas de sonde dans la fistule il restait un peu d'urine stagnante ; et quand la fonction naturelle revint le même état persista.

Lorsqu'on est en présence d'un accès de rétention aiguë, le cours normal de l'urine se rétablit assez souvent. M. Lagoutte dans sa thèse dit que dans les cas où il n'y a pas d'infection vésicale, il en a été ainsi 7 fois sur 15. Lorsqu'il y a infection, au contraire, la proportion en serait moindre, 5 sur 19. En réalité l'infection y est pour peu de chose et le temps depuis lequel la rétention s'est établie est important. On sait combien au début les accès peuvent être espacés, laissant entre eux des périodes pendant lesquelles la miction est presque normale.

Ce retour de la miction par les voies naturelles se fait au bout

d'un temps très variable mais assez long, puisque M. Bonan dans sa thèse cite seulement deux malades ayant retrouvé la miction naturelle; et que M. Lagoutte, observant ces malades, a retrouvé cinq fois le méat hypogastrique fermé.

De cela, il résulte que lorsqu'il y a par la rétention une indication mécanique à substituer la taille au cathétérisme, le but à atteindre est différent.

Dans les cas de troubles urinaires anciens, — et ce sont ceux où la douleur, la difficulté, la fréquence des cathétérismes bien plus que l'impossibilité de sonder forcent à intervenir, — il y a peu d'espoir de voir la fonction naturelle de la miction réparaître; il faut établir une fistule sus-pubienne permanente, et tenter de l'établir dans les meilleures conditions, pour qu'il n'y ait pas d'incontinence. C'est cet heureux résultat qui a fait le triomphe de l'intervention chez Diday, c'est ce que nous notons aussi chez les opérés de Mac Guire. Si le succès est moins complet, si le méat sus-pubien laisse continuellement suinter l'urine, le souvenir des douleurs dues au cathétérisme rendra moins dure pour le patient la nécessité de cette infirmité nouvelle. Mais nous avons vu que même avec un méat artificiel, dans les cas de rétention incomplète chronique, il reste souvent un résidu vésical; le malade ne doit pas se laisser tromper par les apparences, et il est indiqué de recourir au cathétérisme par la fistule hypogastrique.

Dans les accès de rétention aiguë, nous voyons que les résultats heureux sont : retour de la miction par l'urèthre ou méat sus-pubien parfait; en face existent les cas défavorables d'incontinence complète. L'aléa du fonctionnement du méat sus-pubien est encore grand, et surtout, comme nous le verrons, bien indépendant du procédé opératoire et des soins du chirurgien. Donc, même dans les cas où il existe de la rétention, il y a à s'efforcer de réduire autant que possible les cas de cystostomie permanente, et surtout, lorsque la miction par l'urèthre doit revenir, à éviter la longue période de fistulisation qui pré-

cède ce retour. Il est avantageux de faire bénéficier le malade de l'ouverture vésicale, en lui épargnant les ennuis de la fistule, aussitôt que la crise aiguë est passée.

Aussi, lorsque la rétention complète aiguë se montre comme un des premiers symptômes du prostatisme, est-on en droit de faire la taille, pour pratiquer le cathétérisme rétrograde, avec suture totale si la vessie est aseptique ; avec drainage par la plaie, s'il y a déjà infection. Cette question du cathétérisme rétrograde n'est pas nouvelle.

Souberbielle qui, il est vrai, agissait par une fistule hypogastrique, prétend qu'il avait reconnu, « par une expérience plusieurs fois répétée, la facilité et les avantages de ce procédé dans les cas où l'obstacle dépendait d'une affection de la prostate, du col de la vessie ou d'une fausse route ».

Chassaignac parle d'un cas où il fit aussi avec succès, par une fistule hypogastrique, le cathétérisme rétrograde.

Eugène Bœkel, en 1882, pratiqua la taille hypogastrique chez un vieillard de 79 ans, ayant une fausse route ; le cathétérisme rétrograde fut des plus faciles. Il mit une sonde à demeure et une sonde hypogastrique. Mais la sonde à demeure ne put être supportée ; l'urine cependant reprit son cours normal. Le malade mourut de pneumonie.

Rohmer, à la Société de Chirurgie, en 1888, rapporte l'observation d'un malade atteint d'hypertrophie prostatique. Après des ponctions pendant trois jours, on fit la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde ; mais la sonde à demeure ne put être supportée et on dut maintenir la fistule sus-pubienne. Le malade guérit, le cathétérisme redevenant facile.

Neuber, d'après M. Monod, aurait aussi fait avec succès après taille hypogastrique, le cathétérisme d'arrière en avant chez un malade atteint de rétention d'urine d'origine mal connue et présentant de nombreuses fausses routes.

Les résultats sont surtout très favorables lorsque le malade présente des fausses routes est un urinaire peu ou pas infecté

(obs. XI). Nous voyons que M. Albarran put faire à la suite la suture totale de la vessie ; et la guérison par première intention fut obtenue. Chez un opéré de M. Hartmann, la suture de la vessie fut faite presque dans toute l'étendue, sauf à sa partie inférieure par où passait un fil destiné à fixer la sonde. Celle-ci fut laissée en place pendant cinq jours. La guérison était complète en moins d'un mois.

Dans toutes ces observations, nous voyons que l'introduction de la sonde a été facile. Le plus souvent on y arrive d'emblée par voie rétrograde (malade d'Hartmann, obs. XXI). Si parfois cette manœuvre échoue on peut faire pénétrer la sonde d'avant en arrière jusqu'à l'obstacle. L'opérateur introduit le doigt dans le col de la vessie et vient au-devant d'elle (obs. XI).

Malgré la facilité de faire pénétrer la sonde, malgré l'emploi de sonde se fixant d'elle-même, on a eu rarement recours au cathétérisme rétrograde. Il doit être employé dans tous les cas où l'impossibilité de cathétérisme est la seule cause de l'intervention.

Néoplasme de la prostate. — Les indications de la taille vésicale, tirées de l'impossibilité ou de la difficulté du cathétérisme, se retrouvent ainsi dans la dégénérescence maligne de la prostate. D'après M. Guyon, chez la moitié de ces carcinomateux, la rétention complète existe. Nous avons pu relever dix-sept observations de malades entrés à Necker. Sur trois, les détails précis manquent ; cinq avaient de la cystite, et les neuf autres présentaient de la rétention (deux rétentions aiguës avec fausses routes ; quatre rétentions complètes chroniques, les malades se sondant eux-mêmes ; deux rétentions incomplètes, une rétention incomplète avec distension). Chez tous, le cathétérisme fut possible et même facile, sauf chez deux malades où des difficultés passagères cèdent à l'emploi de la sonde à demeure. C'est donc dire que là encore l'impossibilité de parcourir le canal existe rarement, mais malheureusement le passage de l'instrument peut

déterminer des douleurs très vives, des hémorrhagies particulièrement abondantes, et ces complications ne peuvent qu'avoir tendance à augmenter. Il n'y a pas d'espoir de les voir disparaître comme dans l'hypertrophie simple.

Pour ces néoplasmes, l'ablation n'est pas à tenter. Le plus souvent lorsqu'ils sont intervenus, les chirurgiens se sont contentés de quelques grattages et curettages, ou si par une adresse vraiment remarquable, comme dans les cas de Billroth, de Leisrink ou même celui plus heureux de Czerny (79 jours de service) l'extirpation a été faite, les résultats ne sont encore guère encourageants.

La dernière ressource est alors la fistulisation permanente. Ainsi qu'on l'a dit, on pratique un urèthre contre nature au-dessus du cancer prostatique, comme un anus contre nature au-dessus du cancer rectal. Cette opération a déjà été pratiquée un certain nombre de fois. Chez deux malades, ce fut pour impossibilité de cathétérisme : l'un (Guillemot) put à la suite avoir une fistule fonctionnant bien ; l'autre (Southam) mourut le deuxième jour. Chez trois autres, la douleur du cathétérisme étant extrême (Thompson, Legueu, Hartmann), l'opération fut suivie dans les trois cas d'une amélioration.

CHAPITRE II

De l'ouverture sus-pubienne de la vessie dans les hématuries graves.

Dans toute hémorrhagie vésicale, quelle qu'en soit la cause, la taille hypogastrique est un excellent moyen hémostatique. Il est donc naturel que dans certains cas une hématurie conduise le chirurgien à intervenir, mais avant d'arriver à cette dernière ressource, des moyens plus simples sont à employer; nous ne dirons rien des moyens médicaux hémostatiques le plus souvent inefficaces, rien des précautions hygiéniques destinées à combattre la congestion du petit bassin, et nous en arrivons de suite à l'évacuation des caillots et à l'usage de la sonde à demeure.

Cette évacuation doit être complète; c'est pourquoi le plus souvent il serait inutile de tenter d'arriver à la faire à l'aide d'un instrument en gomme; les caillots l'obstruent; il faut prendre un instrument métallique, la grosse sonde, par exemple, qui sert après le broiement, dans la lithotritie. Par elle déjà sortira spontanément une grande quantité d'urine sanglante; si un coagulum l'obstrue, à l'aide d'une seringue de Guyon appliquée à son extrémité, on aspire le contenu trop solide pour s'écouler de lui-même.

De même la mise à demeure d'une sonde dont on règle sagement l'écoulement arrive à maîtriser des hématuries sérieuses. Nous en avons vu des exemples. Tout d'abord c'est un moyen efficace de faire cesser les hémorrhagies dues à des blessures de la prostate; quatre fois, cette année, des malades à la suite d'un

cathétérisme violent entrèrent dans le service, présentant de la rétention aiguë avec des urines sanglantes, et quatre fois la sonde à demeure avec aspiration des caillots fit cesser l'hémorrhagie qui avait résisté à l'aspiration simple. Une fois aussi cette même thérapeutique donna un succès dans un cas d'hématurie d'origine nettement vésicale.

Il s'agissait d'un malade atteint de néoplasme. La première hématurie remontait à cinq ou six ans ; depuis il en était survenu d'autres à intervalles assez éloignés. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital (18 mars 1895), nouvelle hématurie ayant éclaté spontanément et n'ayant pas cessé depuis cette époque. C'était une hématurie totale abondante avec caillots. Les premiers jours, il y eut d'abord amélioration, mais bientôt, malgré une évacuation des caillots, le saignement s'aggrava. Le 29 mars une sonde à demeure fut mise pour faire cesser les accidents fébriles. Les jours suivants, la coloration des urines alla en diminuant peu à peu et le 2 avril elles étaient absolument claires.

D'autres chirurgiens signalent d'ailleurs aussi ces succès, peu connus dus à la sonde.

Zukerkandl, dans un article du *Wiener klinisch. Wochen.*, attire l'attention sur ce point et termine en disant que la taille hypogastrique ne doit être employée que lorsque la sonde à demeure a échoué.

Supposons donc un cas où ont échoué l'évacuation et la sonde à demeure, et où l'état est grave ; comment la taille peut-elle être utile ? De trois façons : en permettant d'agir directement sur une source hémorrhagique importante ; en guérissant l'inflammation de la vessie, en faisant cesser la congestion de cet organe.

Les cas où il y a ouverture d'un vaisseau important sont rares ; mais ils sont particulièrement intéressants, car évidemment, la taille hypogastrique seule est indiquée, les moyens plus simples, que nous avons signalés devant échouer. L'hématurie peut être due à l'ouverture d'une artère par un abcès, à une ulcération

profonde néoplasique ou inflammatoire, ou à la rupture d'une veine variqueuse. Pour mettre fin à l'accident, on aura recours à la cautérisation au thermocautère, à la pince à demeure, au tamponnement, ou à la ligature. C'est à la faute d'une hémostase par trop peu chirurgicale qu'est peut-être dû l'insuccès de l'intervention chez un malade opéré par Spanton.

Hemorrhagic int the bladder-supra-pubic cystotomy. Death,
by M. SPANTON. *The Lancet*, le 26 juillet 1894, p. 176.

C. B..., âgé de 44 ans, admis pour une rétention d'urine. Toujours bien portant jusqu'à il y a trois semaines, époque où il commença à avoir de la difficulté et de la douleur en urinant. Deux jours avant son entrée, rétention complète, cathétérisme deux fois par jour. A la suite du dernier, hémorrhagie considérable.

A son entrée, homme assez vigoureux mais fatigué et semblant souffrir beaucoup. Vessie remontant jusqu'à l'ombilic, sonde d'argent n° 8 introduite facilement, évacuation d'urine sanglante. Légère hypertrophie de la prostate, pas d'élévation de la température; cathétérisme de la vessie toutes les huit heures; lavage à la teinture de Hamamelis au quart. L'urine devient claire.

Lorsque le 9 juillet, sans cause, le dernier cathétérisme ayant été facile, on reconnut, quatre heures plus tard, que la vessie était énormément distendue. On essaya d'évacuer, mais il sortit seulement quelques caillots.

Cystostomie sus-pubienne. On évacue un caillot, il urine et on reconnut un tout petit point saignant au niveau du col, qui fut touché au perchlorure de fer. Drainage.

Mort trois heures après.

AUTOPSIE. — On découvre un abcès de la prostate, de la taille d'une noix, ayant ouvert une petite artériole. Bien mince lésion si, d'après le dire des amis, le malade n'avait été un hémophilique, ayant eu déjà une hémorrhagie grave à la suite de l'ablation d'une dent.

Le même procédé donna, il est vrai, un succès au D^r Cheesmann.

Un malade âgé de 24 ans avait eu depuis trois ans des crises hématuriques fréquentes et graves s'accompagnant de rétention d'urine. En février 1893, nouvelle hématurie avec rétention; l'emploi du cathétérisme intermittent n'amena aucune amélioration. L'hémorrhagie devenant de plus en plus grave, la taille hypogastrique fut faite. Après l'ouverture de la vessie, il y eut issue d'urine sanglante; les éponges n'arrivant pas à tarir la source hémorrhagique, on pratiqua pendant un instant un tamponnement à la gaze iodoformée. En éclairant le fond de la vessie et en retirant le tamponnement, on put voir que le sang provenait d'une veine variqueuse située près du sommet du trigone. Là, il y avait une région congestionnée ayant à son centre la veine variqueuse ouverte par une ulcération. Celle-ci fut touchée avec une solution hémostatique; on ne fit pas de cautérisation dans la crainte d'un rétrécissement possible, étant donné le voisinage du col. La guérison fut rapide, il n'y eut aucune hématurie dans la période post-spératoire et plus d'un an après le malade était encore en parfaite santé.

Dans un cas analogue, M. Poncet eut une conduite plus rationnelle et eut recours à un procédé de tamponnement ingénieux.

Il s'agit d'un vieillard de 65 ans, qui avait été, sans cause appréciable, pris d'un pissement de sang très abondant. Le cathétérisme, qui était alors facile, n'avait rien révélé du côté de la vessie; mais l'hématurie persistait. Le jour de son entrée, le malade était en rétention; on fit une ponction hypogastrique et le lendemain on pénétra facilement avec une sonde molle qui ramena trois quarts de verre environ de sang; en présence de ces hématuries abondantes, qui avaient déjà considérablement affaibli le malade, on pratiqua la taille sus-pubienne. Après l'incision de l'aponévrose, un liquide noirâtre s'échappa en abondance par la plaie; l'infiltration s'étendait jusqu'aux deux fosses iliaques. La paroi antérieure de la vessie mise à nu laissa apparaître une perforation due à la ponction. On la sectionna, il s'écoula alors du sang noir en abondance. Avec des

tampons de gros caillots mous, analogues à du raisiné, furent enlevés ; ils remplissaient tout le bas-fond vésical. Lorsque la vessie fut vidée, on aperçut très nettement sur la lèvre supérieure droite du col une petite tumeur du volume d'un haricot, présentant à son centre un jet d'apparence artérielle.

Il s'agissait d'une excroissance prostatique avec hémorroïde exulcérée par laquelle le sang s'échappait en abondance. Des cautérisations avec la pointe du thermocautère ne purent arrêter l'hémorrhagie qui fut enrayée par la compression avec un tampon de gaze iodoformée. L'hémorrhagie ayant pour siège un vaisseau placé à la partie supérieure du col, le tampon compresseur fut fixé avec une longue mèche de gaze également iodoformée, traversant tout le canal de l'urèthre et ressortant par l'ouverture vésicale, et dont les deux chefs furent noués au niveau du pubis.

Cette manœuvre fut couronnée de succès. Le tamponnement était seul capable de mettre fin à un saignement ayant résisté au thermocautère.

Le tamponnement peut du reste être fait dans toute la cavité vésicale. Il a été pratiqué deux fois par M. Desnos dans des cas de tumeurs. Lorsque les mèches sont bien tassées, dans la vessie, elles ne feront pas drainage et les tubes Guyon-Périer, placés dans le bas-fond vésical, ne cesseront pas de fonctionner et de récolter la plus grande partie de l'urine. M. Desnos au bout de trois jours tenta de renouveler le tamponnement, mais l'intolérance vésicale l'en empêcha. D'ailleurs dans les hémorrhagies son séjour pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures doit suffire.

On peut encore employer avec succès la forcipressure permanente.

M. Guyon, dans un cas cité par M. Albarran dans son traité des tumeurs, laissa une pince à demeure pour mettre fin à une hémorrhagie que les cautérisations au thermocautère ne pouvaient arriver à faire cesser.

Si la taille hypogastrique n'était réservée qu'aux malades

chez qui l'ont peut agir directement sur un vaisseau ouvert, son emploi serait fort limité, mais même en l'absence d'une lésion anatomique bien constatée, l'ouverture vésicale à elle seule peut être suffisante et arrêter l'hémorrhagie.

C'est qu'en effet les deux grands facteurs de l'hémorrhagie vésicale sont l'inflammation et la congestion, que l'ouverture de la vessie est toute-puissante à combattre. Ces deux causes se trouvent réunies toutes les fois qu'il y a infection. C'est à elles que sont dues les hématuries observées au cours des cystites, et nous citerons surtout à ce point de vue les cystites blennorrhagiques ; mais bien rarement dans ces cas, elle est assez abondante pour nécessiter une intervention, que l'on cherche par des lavages, par des instillations de nitrate d'argent, à faire disparaître la réaction inflammatoire et tout rentrera dans l'ordre ; de même pour les cystites tuberculeuses, rarement encore la perte de sang sera suffisante pour mettre les jours du malade en danger.

Nous avons observé un exemple très net du pouvoir hémostatique de la cystostomie dans les cystites. Cette malade depuis sept ans avait des hématuries assez abondantes pour donner lieu à la formation de caillots. A partir de la taille hypogastrique, les hématuries n'ont plus paru, et cependant la douleur s'est montrée de nouveau après la fermeture de la fistule. Évidemment, l'ulcération constatée au cours de l'opération devait être le point de départ des saignements, et la cystotomie a permis à la cicatrisation de se faire.

La congestion peut agir aussi seule, en dehors de toute poussée inflammatoire. MM. Guyon et Albarran ont bien étudié le rôle de la rétention ; l'afflux de sang causé par les contractions musculaires, la gêne de la circulation veineuse due à la compression des groupes sous-pubiens, amènent la rupture des vaisseaux sanguins de la muqueuse. C'est à cette congestion qu'est due l'hématurie des prostatiques en rétention aiguë aseptique et celle des néoplasmes, où il est rare qu'on puisse mettre en cause les ulcérations vasculaires.

Avec la taille toute cause de congestion cesse ; plus de rétention, partant plus de stase veineuse ; plus de caillots, partant plus de contraction musculaire faisant appel sanguin. Cet heureux succès de la thérapeutique chirurgicale a été souvent noté dans les épithéliomas vésicaux.

Elle l'est encore plus fréquemment au cours des tailles chez les prostatiques. Dans le premier cas de taille hypogastrique faite chez ces urinaires par Sédillot, il y avait une hémorrhagie vésicale avec de nombreux caillots ; l'ouverture de la vessie fut suivie de cessation de tout écoulement sanguin. M. Poncet (*Mercredi médical* de 1892) dit qu'il s'est trouvé sur ses 45 cystostomies, cinq fois en présence d'une hématurie grave. « Chez deux de ces urinaires, l'épicystostomie, suivie d'une évacuation complète et immédiate de la vessie, a promptement arrêté l'hémorrhagie. Chez les trois autres, l'écoulement fut enrayé au moment même ; il a reparu dans les premiers jours de l'opération, mais sans avoir de caractère inquiétant, et la guérison fut rapide. De même le succès suivit de suite l'intervention chez deux opérés de Southam.

Zuckerkindl cite deux observations de taille pour l'hématurie dans le *Wiener. klin. Wochen.*, 1892. Les voici résumées :

Vieillard de 60 ans, ayant eu, il y a quarante ans une chaude-pisse et présentant depuis quelques années de la difficulté de la miction. Le 5 avril 1892, il eut une rétention complète ; on plaça une sonde à demeure ; mais la vessie ne se vidait pas et le lendemain, en présence de l'impossibilité de réintroduire la sonde, on fit une ponction hypogastrique avec une canule à demeure qui permit d'évacuer une assez grande quantité d'urine sanglante et alcaline.

Le jour suivant la canule est bouchée ; ni l'aspiration ; ni les lavages ne purent permettre de faire sortir les caillots ; une nouvelle ponction ne donna issue à aucun liquide. Devant cette distension extrême due à l'hématurie, l'état général grave, la

taille hypogastrique fut décidée et faite à la cocaïne. On évacua ainsi une quantité considérable de caillots ; l'examen de la paroi vésicale fait avec soin sous l'éclairage électrique, ne fit découvrir aucune ulcération, mais des veines largement dilatées et saignantes étaient visibles sur toute la surface. Drainage vésical.

Le lendemain les urines étaient claires.

Malade de 54 ans, ayant un rétrécissement de l'urèthre, s'était sondé lui-même ; il se fit une fausse route et fut amené à l'hôpital dans le collapsus et avec une vessie distendue à l'extrême. A l'aide d'un cathéter on retire un peu de sang ; mais il y eut impossibilité de vider tous les caillots. La taille fut décidée de suite ; on donna issue à plus d'un litre d'urine sanglante. Comme dans le cas précédent, on ne découvrit pas la source de l'hémorrhagie ; les veines de la vessie étaient largement dilatées, et la guérison se fit rapide et complète.

Nous avons observé le même résultat heureux, chez le seul prostatique que nous ayons vu opérer pour hémorrhagie (obs. XIV, Routier). La taille a eu ici une grande valeur ; car pendant huit jours la sonde à demeure avait été employée sans résultat.

A côté de ces cas heureux, voyons-nous au contraire des hémorrhagies imputables à la taille ? Dans le relevé des opérations que nous citons, nous n'en trouvons que deux où, à la suite de l'intervention, il y ait eu saignement vraiment abondant : c'est tout d'abord un malade (obs. XXXVI de la thèse de M. Lagoutte), qui eut une hémorrhagie provenant du bas-fond vésical. Le second est l'opéré de M. Guillemot ; n° 3 du tableau des tailles pour cancer de la prostate, mais alors il s'agissait d'un néoplasme de la prostate. Ces deux faits sont peu de chose à côté des succès.

Aussi croyons-nous qu'en présence d'une hématurie répétée affaiblissant le malade et mettant sa vie en danger ou qu'en présence d'une rétention hématurique, la taille haute sera une ressource à peu près infaillible.

CHAPITRE III

De l'ouverture sus-pubienne de la vessie dans les cas de cystite douloureuse.

La douleur dans les cystites prend parfois une intensité exceptionnelle, rendant la vie presque intolérable au malade. Ce symptôme a alors une importance si considérable que devant lui disparaissent toutes les autres classifications, et M. Guyon a pu créer ainsi un groupe clinique de cystites douloureuses. Cette douleur si vive s'observe à la fois au cours de lésions macroscopiques facilement appréciables, tels calculs, cancer vésical, rétrécissement, hypertrophie prostatique ; au cours d'infections à lésions moins étendues (à gonocoques, *bacterium coli* ou bacilles tuberculeux), ou même si nous passons de la cystite à la névralgie, sans que nulle lésion bien nette ne puisse être trouvée.

La douleur dans ces conditions peut devenir indication opératoire. M. Guyon a bien montré que dans les cas les plus intolérables, l'incision de la vessie, amenant un repos complet de l'organe, était un merveilleux moyen de faire cesser immédiatement des souffrances rebelles à tout autre traitement. Là aussi il a été, comme toujours, le promoteur de la taille hypogastrique. Cependant nous voyons que les cas de cystotomies sus-pubiennes sont en somme assez récents, puisque dans sa thèse M. Hartmann, en 1887, n'en cite que cinq observations.

L'intervention chirurgicale créera pendant un certain temps, quelques jours, quelques mois, parfois pour toujours, une fistule hypogastrique ; une incontinence complète tant que la vessie restera irritable. Aussi avant d'en arriver à une opération qui

peut être une infirmité, doit-on toujours essayer les autres traitements.

Ces traitements visent seulement le symptôme douleur et consistent en narcotiques et en calmants, ou bien ils ont pour but de faire disparaître les lésions vésicales par des moyens chimiques ou par des interventions sanglantes.

Nous ne dirons que peu de mots sur les moyens médicaux; opium et morphine ont parfois une action efficace en suppositoires ou en lavements, et surtout en injections hypodermiques. La cocaïne introduite dans la vessie n'amène qu'une amélioration passagère et expose à des accidents graves d'intoxication, l'absorption pouvant être rapide et massive par les surfaces ^{ulcérées.}

Récemment, M. Vigneron, dans les *Annales des Maladies génito-urinaires* de 1894, a attiré l'attention sur le bon effet des solutions d'antipyrine à 1/25, dont on instille 10 à 15 grammes. Elles sont utiles pour calmer la douleur causée parfois par des instillations modificatives; elles ont échoué sur quatre malades dont nous rapportons l'observation et où la taille a été une dernière ressource. Du reste, tous les calmants ne trouvent leur rôle que si on espère, par des instillations de nitrate d'argent dans les infections ordinaires, de sublimé dans les lésions tuberculeuses, amener une guérison de la vessie.

Lorsque celles-ci échouent, on est en droit d'en arriver à une intervention plus hardie; c'est qu'en effet ici nous ne trouvons aucune ressource dans le cathétérisme. Les sondages fréquents sont douloureux et pénibles pour le malade; la sonde à demeure dont nous avons été si souvent partisan, ne peut être ici supportée. M. Hartmann voyant que le contact d'un instrument dur était intolérable et qu'une sonde trop molle était sans cesse chassée dans l'urèthre, fit construire une sonde ferme dans toute l'étendue qui correspondait au canal urétral, et molle à son extrémité. Même avec cette modification ingénieuse, les résultats obtenus ne furent pas très satisfaisants.

Mais parmi les opérations sanglantes, il nous faut choisir; les unes semblent devoir être abandonnées. Telle est la dilatation du col vésical chez la femme; elle ne donne que de bien rares améliorations dans les cas de cystite tuberculeuse, et les heureux résultats obtenus sont surtout signalés en Amérique et en Angleterre. En France, on note surtout des échecs; la raison en est simple; on opère des cas moyens qui guérissent ici, sans intervention.

Chez la femme, un curetage vésical est une opération facile à exécuter, qui, ainsi que M. Coursier vient de le montrer dans sa thèse, amène souvent, même dans les cystites tuberculeuses, une amélioration. Cependant cette amélioration est peut-être passagère, et nous citons plusieurs exemples, où après le curetage la taille dut être faite.

Lorsque la guérison ne peut être obtenue par les instillations de nitrate d'argent et de sublimé si simples à appliquer, ou par un curetage vésical, il faudra supprimer la vessie en tant que réservoir par une taille permettant un drainage prolongé.

Si nous étudions l'histoire de la taille dans les cystites douloureuses, nous voyons que c'est d'abord pour le faux diagnostic d'un calcul n'existant pas que la taille fut faite; puis l'opération fut de parti pris dirigée uniquement contre l'élément douleur. Comme toujours la taille hypogastrique ne fut admise que la dernière. Emmet préconise et défend la taille vaginale chez la femme; Parker fait et décrit ses tailles périnéales dans les cystites douloureuses; Thompson vante le drainage périnéal, qui n'agit en somme que comme la taille par l'évacuation continue de l'urine, et alors ne considère plus la fistulisation hypogastrique que comme un pis-allér, que l'on doit adopter lorsqu'on se trouve en présence d'une prostate trop volumineuse. M. Guyon a été au contraire le défenseur et le vulgarisateur de la taille hypogastrique. On peut par elle non seulement obtenir le repos de la vessie, mais encore voir les lésions et les traiter d'une façon méthodique. La taille hypogastrique dont les

exemples sont peu nombreux jusqu'en 1887, se vulgarise et tend à se substituer maintenant aux autres tailles, et nous verrons que sur toutes les autres elle conserve toujours deux avantages : elle permet d'avoir un large accès dans la vessie et d'observer une asepsie plus grande dans les premiers temps qui suivent l'opération.

Dans tous les cas de cystites, l'ouverture de la vessie est suivie dans l'espace de deux à trois jours de la disparition des douleurs et cet état persiste tant que la vessie est ouverte.

Cette action de la taille n'existe plus au contraire dans les cas de névralgie vésicale. M. Guyon et ses élèves rejettent alors toujours une intervention chirurgicale, quoiqu'on ait vu des guérisons, à la suite de taille faite au cours de douleur sans nulle lésion. La cause de ces guérisons en est peut-être due simplement à l'effet moral, produit par une intervention chez un sujet nerveux. Par contre, nous pouvons citer le fait suivant emprunté à la pratique de Mac Guire où cette méthode échoua.

Il s'agissait d'un enfant, ayant depuis plusieurs mois des mictions fréquentes et douloureuses ; aucune cause de cystite, pas de phimosis ; aussi se croyait-on en présence d'une maladie purement nerveuse. Néanmoins on demanda la taille sus-pubienne qui fut faite ; elle fut suivie pendant trois jours de la disparition des douleurs qui revinrent aussi fortes, et dès lors le malade se trouva dans le même état qu'avant l'opération. M. Pousson, au dernier congrès de chirurgie (1892) attirait aussi l'attention sur l'échec complet de l'intervention chirurgicale chez un homme, de 74 ans, nerveux et prostatique.

Il semble aussi que la taille doit échouer complètement dans les douleurs de compression que l'on observe chez les malades atteints de néoplasie prostatique ; c'est ce qui est arrivé à l'opéré de M. Legueu ; les crises vésicales disparurent, mais les épreintes rectales, les irradiations vers le nerf sciatique persistèrent jusqu'à la mort. Dans une autre observation, au contraire, toutes les douleurs disparurent après l'intervention.

Toutes les cystites, par le motif qu'elles sont douloureuses à l'extrême, sont donc justiciables de la taille; mais après avoir synthétisé pour montrer que le traitement s'imposait en dehors de toute idée d'étiologie. Il faut maintenant classer au contraire toutes les cystites douloureuses pour savoir quels sont les résultats au point de vue de la guérison définitive et du temps nécessaire pour obtenir cette guérison.

Dans les cancers, la douleur intense peut être l'indication d'une opération palliative; mais on peut distinguer ici deux stades dans la gravité des lésions; il est des cas où on est en présence d'une vessie encore capable de se dilater et où on peut espérer qu'une simple taille palliative sera suffisante; on grattera, cautérisera les néoplasmes, ensuite, au lieu de fermer complètement la vessie, on drainera par l'hypogastre durant quelques jours. M. Albarran attire l'attention sur les bons résultats ainsi obtenus avec le grattage: « les douleurs cessent, les hémorrhagies s'arrêtent. Les forces se relèvent et le malade semble revenir à la santé. Cette amélioration dure plusieurs mois et jusqu'à un ou deux ans, puis de nouveau les symptômes reviennent. Parfois on a pu pratiquer sur le même malade une et jusqu'à deux opérations itératives et l'on est arrivé ainsi à prolonger la vie pendant deux ou trois années ».

Dans les lésions d'une gravité extrême, il y a un envahissement complet par le néoplasme, une diffusion à une très grande étendue de la vessie; on est au contraire conduit à établir une fistule permanente à la région hypogastrique. M. Pousson, dans sa thèse, cite les faits de Thompson et de M. Bazy, où cette conduite fut suivie. Buckston-Browne, dans le *British medical Journal*, 1888, parle d'un malade ayant un cancer inopérable de la vessie qu'il fistulisa, et grâce à cela, amena une grande amélioration de la douleur et des hémorrhagies. Même succès pour les deux opérés de M. Desnos, cités dans un article sur le tamponnement de la vessie. *Annales des organes génito-urinaires*, 1891; retenons surtout l'histoire du premier malade: à la suite de la cystostomie

les douleurs avaient complètement disparu ; cependant, ennuyé du fonctionnement de la canule hypogastrique, le patient réclame énergiquement qu'on ferme sa fistule. Trois mois après l'opération, grâce à l'emploi de la sonde à demeure, cette cicatrisation était complète et en juin (la première intervention était de février), les douleurs avaient si bien réapparu, que le malade, de lui-même, vient réclamer la réouverture de la fistule. Nouvelle incision avec canule hypogastrique et nouvel apaisement des douleurs.

Dans tous les articles sur la cystostomie, se trouve également citée l'observation de M. Audry. C'était un malade ayant un adénome inextirpable de la vessie. L'opération fut simple, sauf l'impossibilité où l'on fut de suturer à la peau la vessie, tant cette dernière était épaissie et complètement immobile à huit centimètres de profondeur. Les suites opératoires furent normales, mais jamais la miction ne fut possible par l'urèthre ; une sonde de Pezzer draine perpétuellement par l'hypogastre. Tout sort par la sonde, mais si on oblitère celle-ci, les douleurs reviennent.

Ces exemples suffisent amplement à montrer l'utilité du méat sus-pubien dans les cas où la taille avec grattage et cautérisation n'est pas suffisante.

Étant donnés les cathétérismes fréquents et souvent malpropres, l'état pathologique de la vessie toute prête à s'inoculer facilement, il est naturel que nous trouvions des cystites chez les prostatiques. Deux ordres de malades peuvent être de par ce fait justiciables d'une thérapeutique sanglante.

Chez les uns, on est en présence de phénomènes très aigus que l'on ne peut arriver à calmer par les petits moyens, lavages et injection de nitrate d'argent ; l'ouverture vésicale doit se faire pour apaiser d'urgence les douleurs ; c'est une opération palliative commandée par la pitié. Peu importe même l'état général du malade, et souvent l'opération a été faite in extremis pour soulager les derniers moments du patient. C'est déjà dans ce

but que Thompson a fait souvent sa boutonnière périnéale; c'est conduit par la même pensée que M. Guyon cystotomisa deux malades, cités par Vignard dans son article sur les opérations palliatives chez les prostatiques. L'un avait une cystite intense conduisant aux idées de suicide et ayant résisté à tout traitement local; il mourut trois jours après l'opération; chez le second, il y eut un résultat immédiat excellent, les douleurs cessent et le calme revient pendant deux semaines de survie. C'est que cet apaisement subit des douleurs est en général la règle, et parmi nos malades, nous n'en connaissons qu'une exception (obs. IX).

Dans une seconde catégorie de prostatiques, la cystite se laisse facilement améliorer, mais elle est désespérante par sa tendance à la récurrence; au bout d'une semaine ou deux de lavage et d'instillation, il y a une amélioration notable, mais pas de guérison absolument complète. Le malade cependant soulagé retourne chez lui; là, exposé aux mêmes causes de contamination, il souffre bientôt à nouveau. La cystite des prostatiques, comme l'a dit M. Guyon, n'est pas de celles que l'on guérit complètement ni définitivement. Que peut faire ici la taille vésicale? Nous savons que l'ouverture de la vessie sera suivie de la disparition des douleurs; mais le plus souvent ce sera une guérison de symptômes, le malade devra se contenter de porter une canule hypogastrique durant toute sa vie; d'autres plus heureux auront une guérison véritable, leur vessie se laissant distendre à nouveau, et urineront à longs intervalles soit par une fistule sus-pubienne, soit par les voies naturelles. Dans le relevé des tailles hypogastriques, nous trouvons souvent noté ces douleurs extrêmes et les fréquences de la miction. A peine dans un quart des cas, on voit une guérison véritable se produire, le malade ayant pu retrouver la miction naturelle par l'urèthre, ou ayant une fistule sus-pubienne permettant l'évacuation de la vessie à des intervalles éloignés. Chez le reste des opérés, on voit l'irritabilité vésicale persister et le port d'une

canule à demeure permanente est souvent nécessaire pour empêcher l'atrésie de l'ouverture artificielle et le retour des douleurs; parfois même les besoins sont si impérieux, que le moindre résidu vésical est expulsé en même temps par l'urèthre et par l'hypogastre et que le port de deux appareils, l'un pour la fistule et l'autre pour la verge, devient nécessaire.

Beaucoup aiment mieux supporter ces infirmités que souffrir, et on en voit qui, ayant laissé fermer leur fistule, viennent la faire dilater à nouveau; par contre, signalons ce malade opéré par M. Schwartz qui préférerait ses douleurs à la fistule et à l'appareil qui lui rendaient la vie intolérable.

Hypertrophie de la prostate et néoplasmes vésicaux imprimant à la cystite un caractère assez particulier pour que nous les ayons étudiés à part; il nous faut encore décrire et les cystites dues à une infection ordinaire et les cystites tuberculeuses.

Les premières, que l'on soit en présence d'une cystite éclatant spontanément comme chez la femme, ou d'une infection à la suite de cathétérisme, sont presque toujours dues au *bacterium coli*; de même les cystites blennorrhagiques. Celles-ci sont en général causées par des associations microbiennes surajoutées, et les observations comme celles de Barlowe, Krogius, où les gonocoques étaient en cause, sont rares; nous n'avons donc pas de raison pour les étudier à part.

Dans la forme grave, la taille est autorisée, et les résultats obtenus encourageants pour la guérison définitive; mais il faut savoir que les lésions, en présence desquelles l'on se trouve, sont profondes. Des fongosités peuvent exister comme dans l'observation I. Elles recouvraient presque toute la paroi interne de la vessie, elles étaient surtout marquées au voisinage du col, et sur la face postérieure (obs. XX de la thèse de M. Hartmann), les altérations étaient plus graves; les masses fongueuses existaient partout, en avant et surtout vers le bas-fond, où elles constituaient une véritable tumeur. L'examen histologique en fut fait et montra qu'on était simplement en présence de masses inflamma-

toires. On peut se trouver en face d'ulcération très étendue (obs. VI). La perte de substance était dans ce cas plus large qu'une pièce de deux francs, à fond anfractueux et saignant abondamment; la muqueuse à ce niveau était entièrement détruite et laissait voir dans le fond le tissu musculaire; il est probable aussi que les variétés des cystites gangréneuses, les ulcères perforants, ne sont en somme que des altérations dues à un *bacterium coli* d'une virulence plus grande. Ne savons-nous pas qu'il y a des gangrènes de la verge, se produisant en dehors des infiltrations d'urine, dues à cet agent pathogène. Lorsqu'on est convaincu de la gravité des lésions que l'on peut avoir à combattre, l'intervention devra être large; la plaie vésicale assez étendue pour qu'on examine à l'aise le bas-fond vésical, en déplaçant les plis muqueux à l'aide de valves, en éclairant l'intérieur à la lampe électrique; les points malades seront grattés à la curette, écouvillonnés avec des tampons de gaze iodoformée; l'attouchement au chlorure de zinc peut aussi être utile et surtout la cautérisation du thermocautère doit être employée pour modifier énergiquement les ulcérations. Ensuite la conduite à tenir sera différente suivant la désinfection plus ou moins complète que l'on espérera avoir obtenue; M. Albarran a eu ainsi des guérisons avec la suture totale et immédiate de la vessie. Pour permettre à la vessie de rester étanche pendant la cicatrisation de ces plaies, la taille peut être combinée avec le cathétérisme des uretères. En voici un exemple, dû à la pratique du même chirurgien: Femme de 21 ans, sans antécédents tuberculeux. Début des phénomènes de cystite quatre ans auparavant, époque où la malade eut des pertes blanches abondantes. Malgré une amputation du col et un curettage utérin, il n'y eut nulle amélioration des douleurs et de la fréquence des mictions. Aussi, M. Albarran se décida à faire la taille transversale. Lavage soigné de la cavité avec une solution de sublimé au millième. Deux sondes molles furent introduites dans les uretères à l'aide d'un mandrin, leur extrémité libre ressortant par l'urèthre. Suture de la plaie vésicale. Le lende-

main, on enleva les sondes urétérales dont l'une fonctionnait mal et l'on plaça une sonde à demeure dans l'urèthre. La guérison eut lieu sans incident, la cicatrisation étant complète en onze jours.

Le plus souvent, on n'est pas en droit d'espérer un résultat aussi prompt ; on doit alors continuer le drainage pendant plusieurs jours à l'aide du tube Guyon-Périer ; on pourra aussi avoir recours au tamponnement de la vessie ; mais cette méthode, applicable aux cas très rébelles, trouvera mieux sa place à propos des cystites tuberculeuses. De toute façon, une fois que par la taille haute, on aura fait la bouche vésicale, il ne faut pas la laisser se fermer avant que l'exploration de la sensibilité vésicale ait été faite ; il a fallu parfois entretenir l'ouverture pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois avant d'arriver à la guérison. Ne voyons-nous pas qu'Emmet a laissé des fistules vésico-vaginales perméables pendant deux ans. Enfin, si la cystite ne guérit pas, la dernière ressource sera, comme nous l'avons déjà vu pour les prostatiques, la fistulisation permanente de la vessie.

Dans le service de Necker, un certain nombre de tailles ont été faites aussi pour des cystites blennorrhagiques, de cathétérisme ou spontanées. Nous en citons six observations. Trois se rapportent à des femmes. Chez l'une (obs. VI) la cystotomie a fait cesser les douleurs, mais n'a pu guérir ; comme la fistulisation permanente était nécessaire, on fit une fistule vésico-vaginale. L'autre est un échec pour la taille sus-pubienne, un succès relatif pour la colpo-cystostomie (obs. II). Échec pour la taille hypogastrique, mais il faut dire que la fistule sus-pubienne fonctionna mal, se présentant avec des alternatives de perméabilité et d'atrésie ; succès relatif pour la taille vaginale, car la guérison n'est pas obtenue, la muqueuse vésicale toujours douloureuse et la fistulisation après plus d'un an est encore nécessaire.

La malade (obs. IV) dont la cystite avait éclaté au contraire au cours d'une grossesse, présentait des lésions si peu accen-

tuées, que M. Guyon crut pouvoir supprimer le drainage au bout de six jours ; la cicatrisation était complète trois jours après, et les douleurs, qui avaient résisté à tout traitement local et au curettage par l'urèthre, disparurent, et en juillet 1895 la guérison se maintient encore.

Les trois autres opérés sont des hommes, chez les trois premiers les phénomènes de cystite ont éclaté au cours de chaud-pisse. Il y eut un excellent résultat chez deux de ces malades, la disparition des douleurs se maintenant à longue distance ; mais la miction reste encore un peu fréquente. A ce propos, nous dirons que cette persistance du nombre exagéré des mictions sans douleur est notée assez souvent dans les résultats obtenus (obs. I et II).

Le sixième des opérés (obs. V) fut moins favorisé ; opéré en novembre 1893, sa fistule persiste et sa sensibilité vésicale est extrême ; mais ce cas est particulier, nous n'avons plus affaire à un homme jeune ; la blennorrhagie l'a atteint à l'âge où l'hypertrophie prostatique mettait son appareil urinaire en état de moindre résistance, et c'est là, croyons-nous, la cause de la ténacité extraordinaire de sa cystite.

Si nous nous reportons à la thèse de Hartmann, nous voyons citées cinq tailles hypogastriques : un malade est mort ; les autres ont été améliorés ; deux d'une façon passagère (obs. XXIII in thèse de Hartmann), nous n'avons du reste pas de renseignements ultérieurs sur eux. Mais les deux autres ont une amélioration persistant encore en 1887 (obs. XXII, in thèse Hartmann) ; en 1894 (obs. XXVI, in thèse Hartmann) ; ils n'ont plus aucune douleur et seulement des mictions un peu plus fréquentes.

D'après cette statistique de Necker, portant sur 11 cas, il y a donc une mort qui est due à une pyélo-néphrite antérieure, trois insuccès, deux améliorations sans renseignements éloignés et cinq guérisons qui paraissent définitives ; les résultats sont donc encourageants.

Les succès sont du reste publiés par tous les opérateurs.

Mac Guire, dans son article du *Medical News*, cite les suivantes :

Jeune homme ayant une cystite blennorrhagique datant de quatre ans. Cystostomie sus-pubienne, drainage pendant deux mois ; guérison complète.

Malade souffrant depuis deux ans, ayant essayé en vain tous les traitements. Guérison en sept semaines par la taille.

Médecin ayant une cystite traitée depuis huit ans, douleurs considérables ayant poussé à la morphinomanie, drainage pendant huit semaines, disparition de la douleur, cessation de la morphine. La fistule hypogastrique est maintenue tant le patient craint le retour de ses souffrances.

M. Audry, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, cite aussi un cas de cystite blennorrhagique qui, après deux mois de drainage fut complètement guéri.

On est donc en droit, lorsqu'on est en présence d'une cystite douloureuse ordinaire, d'espérer une guérison complète ; mais il faut craindre les gens âgés à vessie malade, à prostate grosse, les femmes à tempérament névropathique, la maladie alors se complique et le succès plus douteux. Du reste, il faut savoir que telle cystite résistant à tout traitement local avant la taille pourra, une fois améliorée par elle, guérir facilement par quelques instillations.

Les cystites tuberculeuses dont il nous reste à parler, sont souvent des cystites douloureuses dans la plus forte acception du mot. Avant d'en arriver à cette période, elles peuvent rester pendant un temps assez long durant lequel les lésions se révèlent simplement par des hématuries, dans l'intervalle desquelles les urines sont claires ; puis arrive la période des ulcérations et des infections secondaires, les douleurs entrent alors en scène, se montrant sous forme de crises d'une intensité extrême, pendant lesquelles le malade ne trouve qu'un repos momentané avec les piqûres de morphine. On doit alors

appliquer à leur traitement la taille hypogastrique. Avec celle-ci, il y a du soulagement immédiat, mais même avec la persistance de la fistule, il n'est pas rare de voir les douleurs réapparaître, sous la forme d'élancement se propageant surtout dans la direction de la verge, et la tuberculose continue à évoluer vers les reins, vers le poumon, emportant le patient par son extension ou par généralisation. Cependant il y a quelques guérisons durables, pas assez nombreuses pour nous autoriser à espérer une guérison définitive lorsque nous interviendrons, mais une amélioration qui pourra être entretenue à l'aide de soins locaux et d'un traitement général.

C'est M. Guyon qui fit, en 1885, le premier, la taille hypogastrique pour des lésions tuberculeuses, faisant valoir qu'ainsi on arrive à soulager la douleur et ainsi à agir directement sur les lésions tuberculeuses. Dans une leçon de clinique, publiée dans la *Semaine médicale*, 4 novembre 1885, il parle du malade déjà opéré par lui et d'un second qu'il va tailler. Notre maître fit encore des communications au Congrès de chirurgie de 1888-1889.

Si nous relevons ainsi les cystites tuberculeuses opérées à Necker, nous voyons que les résultats sont les suivants : pour le premier opéré en 1885, il y eut amélioration ; mais la cicatrisation rapide de la plaie fut suivie du retour de la douleur.

Au Congrès de chirurgie de 1888-1889, il s'agissait de trois tuberculeux.

L'un revu en août 1889, c'est-à-dire quatre ans après l'intervention, était en excellent état, la guérison se maintenait ; toutefois, l'usage de la morphine n'avait pas pu être supprimé complètement. Un autre malade, opéré en mars 1888, présentait un rein volumineux et douloureux et des mictions extrêmement fréquentes. L'intervention eut pour résultat de faire disparaître ces accidents, mais les lésions étaient trop avancées pour que l'état général n'empirât pas ; aussi peu de temps après le malade succombait après une cachexie progressive ; à l'autopsie, on

reconnut une dégénérescence tuberculeuse des reins, et la formation dans la couche musculaire de la vessie de nombreux foyers, tandis que la muqueuse était intacte.

Quant au dernier malade, nous donnons son observation complète et inédite (obs. VII). On voit qu'après la phase d'amélioration, que l'on trouve immédiatement à la suite de l'opération, les douleurs sont en partie revenues, que la fistule fonctionnait mal. Le malade est mort deux ans après l'intervention.

Nous n'avons que trois cas nouveaux à ajouter à cette liste, deux sont récents (obs. VIII et obs. X) : La première est un échec complet puisqu'actuellement, bien qu'ayant encore sa fistule, le malade souffre beaucoup et n'a été soulagé que fort peu de temps ; l'autre a vu ses crises, extrêmement douloureuses, disparaître à peu près complètement, mais il est mort de tuberculose six mois après. Quant au dernier malade (obs. IX), l'amélioration est nulle peu de temps après l'opération, et nous n'avons pu obtenir de renseignements ultérieurs sur son état. Ajoutons un cas où M. Albarran fit la taille transversale et le cathétérisme des uretères en 1892. La malade n'urine plus que quatre fois pendant la nuit et deux fois pendant le jour. Les urines sont toujours un peu troubles.

En dehors de l'école de Necker, la cystostomie est acceptée par les différents chirurgiens. On trouve partout cité l'heureux succès obtenu par Reverdin et publié dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* en décembre 1891.

En voici encore quelques exemples :

BARDENHAUER. — Petite fille de 7 ans; le 9 mai 1887, état général mauvais et examen bacillaire positif; l'opération fut très longue, il y eut résection de la symphyse, excision de la muqueuse, tamponnement iodoformé. Est morte en janvier 1888 de tuberculose généralisée (*Wiener med. Woschen.*, 1889).

SCHATZ. — Jeune femme ayant des hématuries, de la pyurie et de la douleur; taille; la vessie présentait des ulcé-

rations, et la partie malade fut réséquée. Dans la muqueuse, l'examen histologique montra des tubercules; guérison du symptôme douleur (*Centralb. für Gynæc.*, 1886).

EIGENBRODT. — Malade de 30 ans, ayant de la tuberculose prostatique; taille et curettage; guérison opératoire, mais retour de la douleur avec la fermeture de la fistule. Mort. trois mois après, de tuberculose généralisée.

Deux autres tuberculeux, avec des lésions phymiques de la prostate et des épидидymes, furent sensiblement améliorés pendant quelques mois (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1889).

M. PILCHER (dans le *New-York medical Journal*); sur quatre opérés, en voit de mourir deux de tuberculose généralisée, au bout de quelques semaines; les deux autres furent notablement améliorés.

M. BELL (*Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases*) prétend avoir été plus heureux et, sur trois opérations, aurait eu trois améliorations persistantes.

M. VIGNERON, au dernier congrès de chirurgie fit une communication importante sur les résultats éloignés; et sa statistique est assez noire. Sept fois, en comprenant une malade déjà curettée par l'urèthre, on a pratiqué la taille hypogastrique, puis détruit les lésions tuberculeuses à ciel ouvert, soit par le curettage, soit par l'excision. Selon les cas, on a déterminé l'opération par l'écouvillonnage avec un tampon de gaze iodoformée, par des cautérisations au fer rouge ou au chlorure de zinc, ou, enfin, par le tamponnement vésical à la gaze iodoformée. Deux fois sur ces sept interventions, la suture primitive et totale de la vessie a été pratiquée; elle a manqué dans un de ces cas: la fistule s'est fermée dans la suite. Chez ce malade, l'hématurie a disparu depuis; il en a, d'ailleurs, été de même dans les cas où ce symptôme existait au moment de l'opération. Quant aux autres symptômes, ils n'ont été et ne restent qu'atténués. Chez le second opéré, la réunion par première intention s'est effectuée

sans incident; mais, dans la suite, s'est formé un phlegmon urinaire qui a laissé une fistule hypogastrique jusqu'à la mort, survenue au bout de quatre mois, par le fait du progrès des lésions tuberculeuses.

Chez les cinq autres malades, au contraire, la plaie vésicale a été suturée à celle de la peau et on a cherché à conserver une fistule vésicale pendant un temps plus ou moins long. Quatre fois le résultat immédiat a été des plus satisfaisants : disparition complète des hématuries et des douleurs, amélioration de l'état général. Malheureusement l'amélioration ne persiste qu'autant que dure la fistule, et celle-ci fermée, les douleurs et la fréquence de la miction réapparaissent. D'ailleurs l'évolution des lésions tuberculeuses se poursuit pour atteindre ultérieurement le rein. Trois des opérés sont morts au bout de quelques mois; les deux survivants sont dans un état assez précaire.

De tous ces faits, il résulte que les résultats sont infiniment moins brillants que dans les autres cas de cystite douloureuse. L'action sur les lésions vésicales est assez importante, surtout lorsque, par un curettage, une résection muqueuse ou un tamponnement vésical, on attaque énergiquement les lésions, et à long intervalle, on peut trouver une vessie redevenue saine, comme (obs. VII) c'est ce qui s'est produit dans les cas de MM. Reverdin, Guyon (4 ans de guérison) Albarran (2 ans). Mais ces faits sont la faible minorité : dans la plupart des cas la vessie elle-même reste malade et c'est la fistulisation sus-pubienne jusqu'à la mort qu'il faut laisser; et même, dans les faits heureux où la guérison vésicale est obtenue, on ne pourra pas empêcher d'évoluer les tuberculoses rénales et pulmonaires, ni même combattre les infections septiques du rein et du bassin si souvent causes de la mort.

S'il ne faut donc pas désespérer absolument de voir dans la taille hypogastrique un traitement curatif de la tuberculose

vésicale localisée et totalement extirpable, on ne doit la considérer le plus souvent que comme un moyen d'adoucir les douleurs du malade jusqu'à sa mort.

Les résultats obtenus par la taille hypogastrique contre les douleurs ne peuvent-ils pas être aussi facilement atteints par les autres tailles.

La taille périnéale a été employée souvent et a encore ses défenseurs. Mais il semble qu'au point de vue de la disparition même des douleurs, l'apaisement peut être moins complet, par suite de la pression d'un drain sur le bas-fond vésical, là où les lésions sont le plus accentuées. Enfin elle ne peut être faite chez les gens atteints de grosse hypertrophie de la prostate, ou de carcinose prostatopelvienne.

La taille vaginale est aussi simple à exécuter que la taille hypogastrique, et ses résultats pour la disparition de la douleur paraissent réellement excellents.

Voici ce qu'en dit M. Hartmann :

« Les résultats de cette opération nous ont paru excellents à tous les égards. Même dans les cas où, soit l'extension des lésions (pyélo-néphrite), soit leur nature (tuberculose, néoplasme), ne permettait pas d'espérer la guérison, la colpocystostomie a été suivie dans ces cas, en deux ou trois jours, de la cessation des douleurs, quelque intenses qu'elles fussent. » Emmet, qui, nous l'avons vu, pratique depuis longtemps cette opération, dit que, « si l'ouverture vaginale a été convenablement faite, si l'urine coule librement et si la maladie est limitée à la vessie et à l'urèthre, il n'y a pas en chirurgie d'opération donnant des résultats plus certains ». Il est bien évident que, lorsque la maladie s'est étendue aux uretères et aux reins, on n'a à en attendre qu'un résultat palliatif. Pour apprécier la valeur thérapeutique de ce mode de traitement, nous nous en sommes rapporté à Emmet, qui donne (page 788 de son *Traité de gynécologie*, 3^e édit., 1885) le résultat de ses opérations :

Nombre de malades guéries.....	10
— — — mortes.....	1
— — — améliorées.....	2
— — — non améliorées.....	1
Résultats inconnus.....	1
Total.....	15

On voit par là combien les résultats ont été excellents, d'autant qu'Emmet ne considère comme *guéries que les malades qui ne souffrent plus après occlusion de la fistule*.

La colpocystostomie se pose donc réellement en face de la taille hypogastrique; comme celle-ci, elle donne lieu à une infirmité des plus pénibles, mais que l'on peut pallier à l'aide du port d'urinal. Cependant il y a un point où elle est inférieure à l'ouverture sus-pubienne : on ne peut guère faire par cette voie un examen méthodique des lésions et y porter remède.

Or, il est de toute évidence que ce qui force dans les cystites chroniques le chirurgien à intervenir, c'est la douleur et non l'importance des lésions; mais il faut tenir compte de ces dernières pour la durée plus ou moins grande de la fistulisation, et il est de première importance d'arriver le plus rapidement possible à en obtenir la guérison : la voie hypogastrique permet d'y voir plus clair, de modifier énergiquement les ulcérations et les fongosités; elle permet aussi de faire pendant la période post-opératoire un pansement plus strictement aseptique. Par contre, les fistules que l'on obtient avec elle ont une tendance beaucoup plus grande à se rétrécir et à mal fonctionner.

Aussi croyons-nous que l'on peut, pour une fistulisation de longue durée, recourir à la cystotomie périnéale, ou surtout à la colpocystostomie; mais que toutes les fois que l'on a modifié une lésion relativement limitée avec espérance de l'enlever, de la curetter ou de la cautériser en entier, que toutes les fois que l'on croira pouvoir obtenir une cicatrisation rapide de l'ouverture vésicale, il faut faire, même chez la femme, la cystostomie hypogastrique. Pour arriver à préciser ces indications opératoires,

les données étiologiques et surtout l'examen endoscopique seront utiles. Dans les cas douteux, on pourra commencer par faire une taille sus-pubienne, et, si on voit dans la suite que le maintien d'une fistule urinaire permanente est nécessaire, recourir alors à la colpocystostomie.

CHAPITRE IV

De l'ouverture sus-pubienne de la vessie contre l'infection.

Nous arrivons à la discussion de la dernière indication posée pour l'ouverture sus-pubienne de la vessie, l'infection. Pour combattre l'infection, l'incision de la vessie répond bien aux principes généraux de la chirurgie qui veut qu'en présence d'une cavité infectée, on cherche une ouverture large, un drainage parfait, et une désinfection facile; et, pour nous, si l'on a à intervenir bien rarement d'une façon sanglante pour des hématuries, ou des difficultés de cathétérismes, les accidents septiques sont, avec la douleur, les complications qui légitiment bien plus souvent l'intervention; cependant nous voyons que c'est surtout dans ces dernières années que la cystostomie a été employée dans ce but.

Mais auparavant, étudions les autres moyens destinés à combattre la septicité vésicale. Dans les cas les plus simples, il suffira, par un cathétérisme assez fréquent, par des lavages, de faire disparaître le résidu stagnant dans un bas-fond vésical pour que tout rende dans l'ordre. Beaucoup de prostatiques, ayant une légère réaction fébrile, sont immédiatement guéris par un sondage biquotidien. Souvent aussi ce traitement est insuffisant, non seulement la fièvre ne disparaît pas, mais le cathétérisme lui-même est le point de départ de frissons et de nouveaux accès fébriles. On doit alors employer la sonde à demeure.

Celle-ci a eu, ces derniers temps, des adversaires, qui ont déclaré qu'elle n'était qu'un pis-aller, et M. Bonan rejette d'une façon formelle, dans sa thèse, la sonde à demeure chez les prostatiques: elle est difficile à supporter, ouvre la porte aux infec-

tions. Cette opinion n'est pas d'accord avec les faits que nous avons observés. Dans la grande majorité des cas, son emploi, bien loin de causer l'aggravation des symptômes infectieux, en amène la cessation brusque. La température revient à la normale, la langue sèche et noirâtre s'humidifie, la somnolence et la torpeur caractéristiques de la cachexie urinaire disparaissent : tout l'honneur en revient bien à la sonde ; car si elle se bouche ou si on essaie de la supprimer, la fièvre réapparaît et l'état général s'aggrave de nouveau. Pour nous, cette méthode de traitement doit donc être recommandée, elle se pose en rivale de la cystostomie ; non pas que cette dernière ne soit capable de donner le même résultat ; mais la sonde à demeure l'emporte par sa simplicité, et par le fait qu'elle laisse le plus souvent ensuite le malade urinant facilement par son urèthre naturel, sans avoir à passer par cette longue période de convalescence, suite de la taille.

Mais deux conditions primordiales doivent toujours être observées : il faut assurer d'une façon complète la fixité de la sonde, et par là même le fonctionnement parfait du drainage, en rendant impossible toute coudure ou toute issue de l'instrument, hors du réservoir urinaire ; il faut suivre toujours les règles non seulement de l'asepsie, mais d'une antiseptie-rigoureuse.

Les sondes à employer sont de deux sortes. Celles en caoutchouc rouge à renflement, dites de Pezzer, dans un canal facilement perméable et ne saignant pas, sont introduites à l'aide d'un mandrin, qui en efface le champignon terminal ; celui-ci revient sur lui-même dans l'intérieur de la vessie et fixe l'instrument d'une façon absolument parfaite : grâce à ce perfectionnement, on peut donc employer une sonde molle. Sinon il faut recourir aux sondes dures, en gomme à bout coupé ou béquille ; leur fixation peut être facilement obtenue, à l'aide de fil noué sur la sonde, faisant un collet à la racine du gland et de là allant s'attacher aux poils du pubis. Si, d'une part, on a soin de serrer ces fils sur l'instrument tout près du méat et, d'autre part, d'en fixer l'autre extrémité non pas aux poils éloignés du

pubis, mais à ceux qui se trouvent à la racine même de la verge, tout déplacement devient impossible; il n'y a rien à craindre, ni pénétration trop profonde et blessure des parois vésicales, ni au contraire expulsion dans l'urèthre et arrêt de l'écoulement de l'urine; l'instrument sera maintenu au goutte à goutte. Il ne reste plus qu'à surveiller si quelques flocons de pus ou un caillot de sang ne viennent pas l'obturer et à lever l'obstacle par des lavages. Ces lavages empêchent aussi l'incrustation de la sonde, incrustation qui diminuerait son calibre et la rendrait offensive pour l'urèthre lors de son extraction. Enfin, tous les quatre ou cinq jours, si son maintien est encore nécessaire, il faudra la remplacer; cette manœuvre, que l'on semble redouter, sera facile, la nouvelle sonde suivant aisément le chemin qu'occupait l'ancienne.

Nous n'insistons pas davantage sur ces précautions et sur les soins rigoureux d'antisepsie. Nous renvoyons pour ces détails à un article paru dans les *Annales des maladies des Organes génito-urinaires*, mai 1895.

Grâce à ces précautions, le reproche fait à la sonde à demeure de favoriser l'infection, n'est pas justifié. L'expérimentation et la clinique le prouvent. La voie ascendante que peuvent suivre ici les micro-organismes, est soit l'intérieur même de la sonde, soit l'espace existant entre cette sonde et les parois de l'urèthre. La première est beaucoup moins réelle qu'on ne peut supposer; déjà combattue par l'immersion de la sonde dans un liquide antiseptique, elle l'est encore par l'écoulement permanent de l'urine. C'est ainsi que M. Guiard a montré que lors de fermentation ammoniacale, celle-ci cesse par le drainage, et surtout que les urines peuvent être alcalines dans la sonde et acide dans la vessie; c'est aussi ce qui a pu être vérifié expérimentalement au laboratoire de Necker de la façon suivante par Menerelle. Étant donnés deux ballons, l'un supérieur, contenant de l'urine aseptique, l'autre décline renfermant un liquide chargé de micro-organismes: si on les réunit l'un à l'autre par un

tube, dans lequel on règle l'écoulement goutte à goutte, le liquide du tube, représentant ici la sonde, se trouble seulement à la partie inférieure et la contamination par ascension ne gagne pas le ballon supérieur.

Il n'en est pas de même pour l'urèthre, il est impossible d'arriver à une asepsie de ce canal; toujours les micro-organismes y resteront; la présence d'un corps étranger favorise même leur pullulation, fait qui se traduit par un écoulement assez abondant parfois; mais cet inconvénient est moindre qu'on pourrait le croire; d'abord n'oublions pas que l'infection de l'urèthre existait auparavant et n'a pas été créée, la contamination d'urèthre à vessie se faisait donc déjà; d'autre part, la sonde a supprimé dans la vessie toute urine et partant un milieu de culture favorable; les agents pathogènes y prospéreront moins facilement lorsqu'ils y pénétreront; l'irritation uréthrale a donc été augmentée peut-être, mais l'infection vésicale est sûrement diminuée.

L'étude clinique montre bien la vérité de cette assertion: la sonde à demeure porte remède aussi bien aux grands accès fébriles d'infection générale, se montrant le plus souvent après des cathétérismes traumatisant, qu'aux cas d'infection lente, due à la rétention et la distension vésicales et aboutissant à la cachexie urinaire; pour les premiers, c'est en empêchant le contact des éraillures de la muqueuse avec une urine trop septique; pour les seconds, c'est en faisant disparaître ce résidu où s'accumulent les agents pathogènes et leur toxine. Et la preuve de cette efficacité de la sonde à demeure, dans les premiers cas, se trouve dans les nombreux exemples d'uréthrotomie interne, où tout va bien jusqu'au surlendemain de l'opération, jour où on retire la sonde; c'est après cette ablation, à la suite d'une miction qu'éclatent un frisson et la fièvre; tout rentre dans l'ordre si, pendant quelques jours, on rétablit la sonde à demeure.

L'examen des résultats fournis chez les prostatiques n'est pas moins probant et, dans 77 p. 100, on voit la fièvre disparaître avec l'emploi de la sonde à demeure.

Lorsque la sonde à demeure échoue, il y a intérêt à ne pas prolonger son emploi. Sur quoi doit-on alors se guider pour passer du cathétérisme à la taille? Un premier renseignement est tiré de la persistance du mauvais état général; la sécheresse de la langue et surtout la somnolence continuelle des vieux urinaires, disparaissent vite lorsque le drainage par les voies naturelles doit être suffisant.

En deuxième lieu, le chirurgien sera guidé par la marche de la température. Après la mise de la sonde à demeure, la défervescence se produit rapidement, en moyenne dans l'espace de trois jours, soit par chute brusque, soit par descente à oscillations progressivement décroissantes. Si l'amélioration ne se produit pas dès les premiers jours, ou si à chaque tentative de suppression ou de changement de la sonde, la fièvre récidive, il est inutile d'insister. C'est qu'alors en présence d'une thérapeutique insuffisante, la septicité vésicale persiste, ou qu'une infection ascendante ou péri-urinaire vient compléter la scène. Nous allons voir comment la taille peut alors devenir utile.

L'effet de l'incision vésicale est tout naturellement important lorsque le foyer septique est la vessie elle-même. Lorsque devant une infection sans cesse renaissante le cathétérisme permanent est insuffisant ou impossible, il faut, par une ouverture large, évacuer et nettoyer la vessie, comme en présence d'un abcès insuffisamment drainé, on incise les clapiers restants. La taille est donc utile contre les vieilles cystites purulentes, que nous observons chez les prostatiques, dans la vessie desquelles stagnent des urines louches contenant des débris de pus et de glaires s'évacuant mal; dans les cas où une tumeur a donné lieu à des débris sphacelés et non éliminables; dans ceux où il existe des caillots volumineux putréfiés, ou des blocs fibrineux comme dans une opération de M. Picqué. Elle l'est encore si une perforation du rectum permet l'entrée des matières fécales et cause de la fièvre. Nous citons une observation où la taille fut faite dans ce but; chez ce tuberculeux, outre les douleurs

très intenses, il y avait une perforation vésico-intestinale, permettant au gaz de s'échapper dans la vessie ; les urines étaient fétides et troubles.

L'incision permettra mieux que la sonde d'enlever les concrétions calcaires, les dépôts adhérents à la paroi, les particules solides et donnera aussi facilité pour extraire les pierres phosphatiques. Les défenseurs de la cystostomie mettent souvent en avant ce dernier argument, disant que non seulement on peut débarrasser les malades de pierres qu'on avait diagnostiquées, mais aussi en extraire dont on ne soupçonnait pas l'existence auparavant. Mac Guiré dans la moitié de ses opérations trouva des calculs phosphatiques. Pour deux, le diagnostic avait été fait par l'exploration uréthrale, mais chez les deux autres, les pierres étaient, dit-il, dans le bas-fond, cachées de telle façon qu'elles devaient échapper à tout instrument introduit par les voies naturelles.

Permettant de faire disparaître tout le contenu de la vessie, liquide et solide, la taille nous donne aussi la facilité d'atteindre les lésions inflammatoires des parois mêmes, fongosités et ulcérations ; nous avons déjà étudié cet effet à propos de la douleur dans les cystites et nous n'y revenons pas.

Il nous paraît inutile de discuter davantage sur ce point, et il est évident que la taille hypogastrique permet bien, au moment même de l'opération, la désinfection de la cavité vésicale. Mais il faut encore assurer pendant un certain temps l'issue de tous les liquides contenus dans sa cavité ; ce fait est de première importance ; la stagnation de la moindre quantité d'urine, permettant au micro-organisme de pulluler à nouveau, enlève tout le bénéfice de l'intervention, et nous voici conduits à parler dans ce chapitre du pansement et des soins consécutifs chez les opérés pour infection urinaire.

M. Poncet dit qu'il faut considérer le malade comme un *noli me tangere* pendant au moins plusieurs jours ; il recommande de ne placer aucun drain dans la plaie, aucune sonde

dans l'urèthre ; le meilleur pansement est l'absence de pansement, l'orifice hypogastrique doit rester seulement recouvert de pièces de ouate, destinées à absorber le liquide à mesure qu'il s'écoule. Mac Guire laisse au contraire un drain passer par l'hypogastre durant les quatre ou cinq premiers jours. Quelle opinion faut-il choisir ? doit-on drainer ou ne pas drainer ? Si oui, par où faut-il le faire ?

Nous répondrons d'abord : oui il faut drainer. En voici la raison : même dans les vessies petites et contracturées, et à fortiori dans celles distendues et à bas-fonds des prostatiques, en l'absence de drainage, il y a souvent un résidu vésical. Nous avons pu le constater nous-même en plusieurs occasions. C'est ainsi que (obs. XXII) on ne fit pas de drainage, le soir même de l'opération ; à l'aide d'une sonde introduite dans l'urèthre on retira 80 grammes d'urine ; le lendemain, le résidu était de 70 et de 80 grammes ; le surlendemain de 100 grammes. Chez deux autres opérés, même inconvénient chaque fois que le drain hypogastrique est supprimé. M. Ogier, dans sa thèse sur les cystites tuberculeuses, a dû le constater, puisqu'il signale chez ces malades, dans les jours qui suivent l'intervention, des crises à la suite de l'émission par l'urèthre de petites quantités d'urine non écoulée par la voie sus-pubienne. Par contre (obs. XX), toujours la vessie était vide d'elle-même. Comment expliquer ces différences. Le plus souvent la rétention est due à un orifice trop étroit, mais surtout, croyons-nous, à l'état plus ou moins conservé de la contractilité vésicale et à l'hypertrophie prostatique ; parfois aussi l'épaisseur des parois abdominales, la formation de caillots obstruant la plaie, peuvent empêcher l'écoulement de l'urine.

Faut-il faire mettre une sonde à demeure, ou un drainage hypogastrique ? La première nous semble devoir être abandonnée, l'incision sus-pubienne en effet a ouvert jusqu'à la vessie une voie courte non infectée, par laquelle toute chance d'infection est écartée par le pansement. Pourquoi alors faire le drai-

nage par l'urèthre ou fourmillent les micro-organismes. C'est là le gros inconvénient de la sonde à demeure ; supprimons-le, à moins que le drainage sus-pubien soit inférieur à ce drainage, urétral. Or, chez tous les malades que nous avons examinés, sauf un, un drain mis par la plaie assurait l'évacuation complète de la vessie ; même chez des malades où nous voyons notée une hypertrophie prostatique énorme, une seule exception a été vue par nous au fonctionnement parfait du tube hypogastrique (obs. V). Dans ce cas, chaque fois que la sonde à demeure était supprimée, malgré le caoutchouc hypogastrique, il restait dans la vessie 20 à 30 grammes d'urine purulente ; stagnation qui, du reste, se révélait souvent par de la fièvre. Ce mauvais résultat est peut-être explicable parce que, dans cette opération, l'ouverture vésicale avait été faite moins bas que dans les interventions suivantes. Ce fait, du reste unique, ne nous paraît pas suffisant pour annuler l'avantage d'asepsie plus grande du drainage sus-pubien.

Celui-ci sera suffisant dans la plupart des cas. Il sera fait à l'aide des tubes Guyon-Périer, ou d'une sonde de Pezzer, et on aura soin de recevoir l'urine dans un vase rempli de sublimé à 1/1000 et placé entre les jambes du malade, par suite à un niveau un peu inférieur, au bas-fond vésical. Cette disposition nous paraît nécessaire ; sans elle, on a un pansement toujours mouillé par l'urine, la plaie est imparfaitement protégée, et la taille avec un pansement insuffisant n'est qu'une voie de plus ouverte à l'infection.

Le drainage nous paraît donc utile ; malheureusement, il ne peut pas toujours être supporté. Dans l'obs. XVII, les tubes de Guyon furent tolérés pendant quarante-huit heures ; puis la vessie se contracta douloureusement sur eux et saigna ; on essaya de les remplacer par une sonde de Pezzer sans plus de résultat ; après quelques jours de repos, on put rétablir le drainage et cela coïncida avec un abaissement de température passager, car on dut à nouveau retirer la sonde.

Nous croyons qu'il est utile aussi de faire quelques lavages boriqués ou même à la solution de nitrate d'argent, si l'intolérance vésicale n'est pas trop grande; et heureusement ce n'est pas le plus souvent au cours des cystites douloureuses que se voient les grandes infections urinaires. Même en présence d'une infection rebelle, on pourrait adopter avec profit les irrigations continuelles; nous avons voulu l'employer pour le malade, que nous avons cité en dernier lieu, mais encore là, la révolte de sa vessie fit échouer cette tentative; chez un autre elle n'empêcha pas une infection mortelle d'évoluer.

Si l'intoxication générale ou l'infection rénale ne viennent pas compliquer la scène, on verra en général les phénomènes de cystite diminuer, le sang et le pus disparaître des urines assez rapidement; cependant, dans certains cas, la désinfection même de la vessie peut être fort difficile à atteindre, cela par le fait de dispositions anatomiques à signaler. En premier, il y a l'existence des cellules multiples communiquant par des orifices d'autant plus étroits avec la vessie, que celle-ci est revenue sur elle-même et ratatinée. Cette disposition doit même se rencontrer assez souvent chez les prostatiques que l'on opère pour les accidents infectieux. Nous avons un exemple de l'inconvénient de cette disposition dans l'obs. XIX. La vessie avait des parois très épaisses et présentait une série de cellules ayant la taille d'une noisette à une noix, une surtout assez volumineuse siégeant en arrière du muscle inter-urétéral. Toutes ces cellules étaient remplies de pus que l'on ne pouvait vider qu'avec une pression assez énergique. Dans ce cas, il est de toute évidence que le drainage et même l'irrigation continue ne pourrait arriver à nettoyer tous ces diverticules. Au lieu de ces logettes multiples, disséminées partout, on peut, au contraire, se trouver en présence d'une large poche. L'inconvénient est le même; cependant, si on s'en aperçoit au cours de l'opération, on pourra plus facilement en assurer l'évacuation et le nettoyage.

S'il est rare que ces conditions rendent la vessie aussi difficile

à désinfecter, il faut par contre, dans tous les cas, craindre une réinfection facile après que les soins attentifs des premiers pansements cesseront d'exister.

Ce point a été un peu laissé de côté dans les différentes publications à ce sujet; très avantageux, tant qu'existe la protection de la gaze antiseptique et le nettoyage des lavages, l'ouverture sus-pubienne ne sera-t-elle pas nuisible au contraire dans la suite? Il est facile de comprendre que le méat artificiel, par le peu de longueur de son trajet, par son siège au niveau d'une région souvent mouillée par l'urine et en contact avec des vêtements malpropres, est une voie toute ouverte pour la réinfection. Ne voyons-nous pas déjà chez la femme l'inoculation extérieure être facile et les cystites spontanées fréquentes. Cette réinfection dans la suite est encore favorisée par ce fait que souvent la fistule présente une rétraction cicatricielle d'où il résulte une perméabilité imparfaite et un résidu vésical important.

Il est difficile de trancher la question d'après les observations qui ont été publiées; la plupart manquent de détails nécessaires.

Un premier fait, qui prouve le renouvellement ou la persistance de la septicité vésicale, c'est la formation de calculs secondaires; même chez Diday, on constata à l'autopsie l'existence de pierres phosphatiques; l'infection était du reste localisée, puisqu'il n'y avait pas de pyélite, ni d'urétérite ascendante, mais ce savant malade prenait des soins de propreté tout particuliers. Dans le relevé des observations de M. Bonan, les suites ne contiennent pas de détail sur le caractère clair ou louche des urines à longue échéance; les causes de mort sont ou trop récentes ou trop peu décrites. Cependant (obs. XXIV), il s'agit d'un malade opéré pour des accidents fébriles et comateux en avril 1888, il retourna chez lui au bout de quelques jours; il ne prit aucune précaution ni du côté du canal, ni du côté de la plaie vésicale, laissant se produire une incontinence complète. Il mourut en janvier 1890, de cystite purulente. L'infection vésicale existait là avant l'opé-

ration et, chez ce malade peu soigneux, elle alla en augmentant. M. Lagoutte dit que les malades opérés pour des accidents mécaniques sans infection conservent des urines claires et sans pus; quant aux malades à vessies infectées au moment de l'opération, beaucoup voient ces symptômes disparaître peu à peu et les urines redevenir claires.

M. Desnos, au contraire, dans les *Annales génito-urinaires* de 1893, se préoccupe de la question : « Il est à craindre, dit-il, que le maintien d'un urètre hypogastrique expose la vessie à l'infection plus que le passage des sondes à travers un urètre physiologique; l'existence de ce court trajet fistuleux, à méat béant sans sphincter réel, protégé d'une manière incomplète par un pansement souvent souillé, parfois même en contact permanent avec des objets tels que les vêtements ou un urinal, constitue assurément une voie ouverte aux germes pathogènes et leur permet d'entrer dans l'appareil urinaire. » A la suite de ces réflexions, il publie trois observations des plus intéressantes. La première se rapporte à un malade, âgé de 74 ans, ayant eu plusieurs crises de rétention et présentant, malgré des cathétérismes assez nombreux, des urines limpides. Celles-ci restent telles tant que le pansement existe. Six mois après l'opération, le canal hypogastrique fonctionne, le malade peut garder ses urines pendant une demi-heure environ; l'état général commence à devenir mauvais; l'appétit se perd et la mort arrive après six mois avec tous les symptômes de la cachexie urinaire. Malheureusement, il n'y est pas parlé d'autopsie.

Même marche des accidents, quoique n'aboutissant pas à la mort, chez un deuxième cystostomisé pour une rétention aiguë complète avec fausse route; là il y eut incontinence absolue; les urines étaient presque claires avant l'intervention avec seulement un léger dépôt; mais peu à peu, elles se troublent de plus en plus, laissant au fond du vase un abondant dépôt glaireux; en même temps, se montrent des envies d'uriner fréquentes et douloureuses; l'état général s'altère et il se produit de l'amaigrissement.

Enfin vient un vieillard de 69 ans, opéré pour des difficultés de cathétérisme. Un mois après, les urines étaient troubles et chargées de pus, cela tant que sa fistule hypogastrique persiste; celle-ci du reste est insuffisante et le malade est obligé d'uriner par la verge. Lorsque la fistule est fermée, ce malade reprend l'habitude de se sonder chaque jour, la fréquence et la douleur disparaissent, les urines deviennent moins troubles et ne laissent plus qu'un léger dépôt de pus.

Les deux premiers cas surtout sont intéressants, car il semble bien que, dans ces cas de cystostomies, on soit en présence d'une affection urinaire ascendante partie du méat. L'histoire du troisième, dit M. Desnos, est plus instructive encore; tant que la fistule est restée ouverte, les douleurs et les signes d'infection vésicale se sont montrés; quand elle fut fermée et que le malade eut repris l'habitude du cathétérisme urétral, les douleurs de cystite ont disparu et les urines sont devenues à peu près limpides. Mais il y a là, croyons-nous, une fausse interprétation des faits; dans ce dernier cas, l'amélioration n'est pas venue de la disparition du méat sus-pubien, mais des sondages fréquents; par sa fistule, le malade ne vidait pas, de là rétention, infection, douleur; une évacuation méthodique par la fistule aurait de même produit la guérison.

Nous nous résumerons en disant que l'incision hypogastrique permet au moment de l'opération, et tant que les pansements sont faits par le chirurgien, la désinfection de la vessie; que plus tard la réinfection est facile.

De ceci deux conclusions à tirer :

1° La persistance d'un méat sus-pubien permanent peut être nuisible par le fait d'infection secondaire; il faut donc le réserver au cas où il existe un obstacle définitif empêchant la miction par les voies naturelles, et à ceux où le passé d'un malade a appris qu'on devait recourir à des sondages fréquents et douloureux.

2° Lorsque l'ouverture hypogastrique existe, il ne faut pas

se laisser tromper par l'apparence d'une miction spontanée facile par cet urèthre contre nature, mais s'assurer qu'il n'y a pas une rétention incomplète, et dans ce dernier cas vider chaque jour le résidu par une sonde introduite dans la fistule.

Quelle est l'action de la taille hypogastrique sur les phénomènes d'infection rénale ?

Sur les lésions rénales ascendantes elle aurait un effet préventif; supprimant la rétention vésicale, elle supprime de même la rétention urétérale; et il y aurait encore là une considération qui plaide en faveur de la thérapeutique chirurgicale par la taille des cystites douloureuses. Mais cette action préventive existe-t-elle bien ? Nous avons vu que la réinfection vésicale se faisait parfois; et après les tailles pour cystites tuberculeuses, on observe, comme dans les cas où l'on n'est pas intervenu, des lésions ascendantes des reins.

Si les lésions d'urétéro-pyéélite existent déjà, on peut au drainage vésical associer le lavage et même le drainage des urètres. Mais l'incision vésicale seule rendra plus facile l'écoulement du pus contenu dans l'urètre et surtout agira sur la congestion rénale. C'est par cette action que la cystostomie semble agir et à elle que sont peut-être dues les améliorations signalées.

Mac Guire spécifie sans détails que beaucoup de ses opérés avaient de la pyélite et que ceux-ci se sont bien trouvés de l'intervention. Watson, au Congrès de médecine et de chirurgie de Washington de 1894, voit aussi dans la cystostomie et le drainage un bon moyen de traitement de la pyélo-néphrite ascendante. Il a soigné par cette méthode six malades, tous sujets âgés de plus de 60 ans et atteints d'hypertrophie de la prostate. Chez quatre l'infection avait été aiguë, chez deux autres elle était à l'état chronique; chez tous il y eut amélioration se traduisant par une diminution de la polyurie et de la quantité de pus. Ce résultat n'a rien qui doive surprendre. M. Guyon a établi qu'il se produisait avec la simple sonde à demeure.

Deux de nos malades (obs. XXII) ayant de la polyurie, chez

l'un la polyurie est restée identique avant et après l'opération; chez l'autre il y eut d'abord amélioration: la quantité d'urine pendant les dix premiers jours tomba de 3 litres et demi à 2 litres, puis s'éleva de nouveau.

De cela résulte qu'il ne faut pas voir dans la pyélo-néphrite une contre-indication à la taille hypogastrique en présence des cas graves; mais en somme on ne sait jamais comment, chez un vieil urinaire, les reins réagissent, et comme le cathétérisme est un traumatisme moindre qu'une taille quelle qu'elle soit, la fréquence des lésions rénales chez ces malades est plus en faveur de la sonde à demeure que de l'incision de la vessie.

La cystostomie permet, en détournant le cours des urines, de prévenir les lésions de néphrite descendante, dont le point de départ est presque toujours une absorption d'origine uréthrale. Sans action contre les cas aigus, où les lésions sont mortelles après un accès, elle est au contraire utile lorsqu'on est en présence d'une série de résorptions devenant de plus en plus graves à mesure qu'elles se répètent. La cystostomie a donné aussi un beau résultat à M. Hartmann, chez un opéré, qui présentait des accès fébriles à chaque tentative de cathétérisme. Lorsque chaque sondage ou chaque changement d'une sonde à demeure provoque un frisson, il y a là une indication très nette à faire la cystostomie.

Il est souvent impossible de préciser ce qui revient dans chaque infection au rein et à la vessie; et il nous faut, pour bien voir l'importance de la cystostomie examiner quels sont les résultats au cours de différentes formes d'infection urinaire.

Dans des cas très graves, outre les accidents du côté des reins, de la vessie, on peut se trouver en présence de localisations multiples, de l'agent pathogène; observer une véritable forme septicémique ou pyohémique, avec arthrite suppurée, parotidite, etc. L'observation XII en est un exemple; chez ce tuberculeux, il y avait des épistaxis, du purpura généralisé et un état typhoïde très marqué, avec carphologie; la taille fut faite et ne

produisit aucune amélioration. Plus tard nous avons vu un prostatique, présentant des phénomènes analogues : purpura, arthrite suppurée du coude, le tout dû à une infection urinaire à staphylocoques ; il fut traité simplement par la sonde à demeure et le résultat fut le même. On est évidemment en présence d'infections généralisées d'une gravité extrême au-dessus de toute thérapeutique.

Dans les formes aiguës ordinaires d'infection urinaire, les effets de la taille sont-ils meilleurs ? M. Lagoutte dit que ces cas aigus sont ceux qui donnent les résultats les plus favorables. Sur 14 malades opérés dans ces conditions, il note 4 morts au bout de sept, quinze, trente et quarante-trois jours. Mais il sépare un peu artificiellement ces cas aigus de 4 cas suraigus, qui ont donné 4 morts sur 4 parmi lesquels une fois des lésions de péritonite et une fois un phlegmon périvésical ont été la cause de la mort. Nous éliminons ces deux cas ; mais si nous ajoutons les deux autres aux cas aigus, la proportion des morts dans les observations citées par M. Lagoutte est de 6 sur 16, soit environ 34 p. 100. Dans le relevé en bloc des prostatiques, nous trouvons environ 23 malades ayant aussi présenté des phénomènes sans complications d'infiltration d'urine et ayant donné 9 décès, soit environ 39 p. 100. La mortalité est donc considérable, et ce relevé général est encore plus favorable que ce que nous avons à la suite des interventions pratiquées à Necker. Sept malades ont été opérés pour des accidents aigus et graves. L'un fut enlevé par une péritonite généralisée due à la perforation intestinale ; mais chez les quatre autres les altérations des organes urinaires sont seuls à incriminer. Deux fois il y avait des lésions septiques anciennes, pyélo-néphrite suppurée (obs. XVI et XXIII). Une fois l'infection vint se greffer sur une dilatation aseptique du rein (obs. XIII) ; enfin chez un dernier malade un néoplasme obturait l'orifice urétéral, et le seul rein fonctionnant étant congestionné présentait uniquement les lésions de néphrite infectieuse récente n'ayant pas encore eu le

temps d'aboutir à la suppuration. Le mauvais état des voies urinaires supérieures a été ainsi la cause de l'échec opératoire, et il en sera souvent de même lorsqu'on intervient uniquement chez des malades, pour qui la sonde à demeure a échoué.

Celle-ci suffit en présence d'une infection récente, pour remédier aux accidents aigus qui peuvent se produire, si les reins sont en assez bon état. On peut notamment arriver à guérir bien des malades ayant de la fièvre parce qu'ils sont en rétention aiguë complète; le cathétérisme porte remède à la fois à la rétention et aux accidents septiques. Ces mêmes malades s'ils sont opérés viennent grossir la proportion de succès de la cystostomie. Si l'on opère seulement ceux chez qui la sonde à demeure a échoué, la mortalité devient considérable, car presque toujours on est en présence de symptômes aigus chez un malade déjà vieil urinaire présentant auparavant de l'infection ou de l'intoxication chronique.

Deux fois cependant la taille permit certainement de sauver des malades chez qui malgré le cathétérisme permanent, la situation s'aggravait. (Obs. XXII), chez ce prostatique présentant depuis longtemps des troubles digestifs et généraux dus à une rétention incomplète chronique avec infection, les symptômes prirent une allure grave, la cystostomie fit cesser brusquement la fièvre et cependant le malade polyurique a certainement des reins malades; chez un autre (obs. XXVI), l'examen le plus minutieux ne révéla rien du côté de la région lombaire. La fièvre se déclara après un examen endoscopique et la situation devint des plus sérieuses. L'incision de la vessie amena encore la guérison, mais la fièvre fut longue à disparaître. D'ailleurs, même en cas de succès, lorsque la température pendant plusieurs jours a été élevée, la défervescence après la cystotomie n'est pas brusque.

Étudions maintenant la cystostomie dans les cas d'infection chronique, et nous rangeons sous ce titre les malades chez qui on voit l'altération de la santé et les symptômes de

cachexie urinaire s'installer sans grande élévation de température ou avec des ascensions thermiques passagères séparées par plusieurs jours d'apyrexie. Les suites post-opératoires sont un peu moins graves que chez les malades précédents; sur 37 prostatiques de notre tableau, 14 sont morts rapidement; c'est une mortalité de 37 p. 100, et toujours à l'autopsie on a trouvé des lésions anciennes de l'uretère et des reins.

Dans nos observations inédites, nous voyons trois succès. (Obs. XXIX) : il s'agit d'un protastique avec de la rétention incomplète chronique, les accès fébriles disparaissaient facilement avec la sonde à demeure, mais à chaque tentative de la supprimer, la fièvre revenait, l'état général s'altérait peu à peu; depuis l'ouverture sus-pubienne toute fièvre a disparu. L'observation XI se rapporte à un malade opéré par M. Hartmann : en présence de la fréquence des cathétérismes et de l'altération de la santé générale, la cystotomie fut pratiquée, l'état général se releva et les urines redevinrent claires. Le troisième malade (obs. XVII) avait de la rétention avec distension, de la polyurie trouble; il fut aussi amélioré par la taille.

Les suites immédiates de la taille seraient donc plus satisfaisantes que dans les cas aigus, si dans ces cas aigus on s'est borné à tailler ceux chez qui la sonde à demeure a échoué; mais le point noir est l'examen des résultats à longue échéance. La cystotomie pendant une première période amène une amélioration considérable, puis peu à peu lorsque la fistule fonctionne moins bien, les troubles urinaires réapparaissent, la vessie ne se vide plus complètement, la fièvre revient, et le malade se cachetise à nouveau. Dans sa thèse M. Lagoutte dit que dans les cas chroniques, sur 24 opérés, 10 morts se produisirent entre un mois et un an après l'intervention. Chez un des prostatiques dont nous avons déjà cité l'observation, nous voyons que cette phase heureuse, ayant duré un mois et demi, est suivie d'une deuxième période moins satisfaisante pendant laquelle il fallut reprendre la sonde à demeure.

Enfin, dans une dernière variété de rétention des prostatiques, on a pu faire la cystotomie en dehors de toute infection ; il s'agit de ces malades en rétention aseptique avec distension. On sait combien est grave chez eux le cathétérisme insuffisamment aseptique et avec quelle rapidité évoluent les accidents infectieux aussitôt qu'ils se déclarent. M. Poncet a fait deux fois la cystostomie (obs. XL et XLI de la thèse de Lagoutte) et deux fois les malades ont guéri. Nous croyons cependant qu'avec des précautions minutieuses on peut arriver à vider peu à peu la vessie sans l'infecter.

Une autre cause d'échec de la sonde à demeure est l'existence de lésions périvésicales graves, péritonite ou infiltration de la région de Retzius. La taille peut alors sauver des malades, qui, sans cette intervention, sont destinés à une mort certaine.

Les lésions de péritonite sont exceptionnelles ; nous ne les avons trouvées signalées que trois fois ; les résultats ne sont pas favorables, il y eut trois décès. C'est ainsi que M. Rollet est intervenu après une ponction ayant traversé le cul-de-sac péritonéal adhérent à la symphyse. M. Poncet (obs. XVI de Bonan) a opéré un prostatique dans un état général grave, n'ayant pas uriné depuis quatre jours et chez qui, par la ponction, on ne retira aucun liquide. Le malade survécut pendant trois jours. A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée due à une large perforation de la vessie en arrière. Zuckerkandl tint la même conduite dans un cas à peu près identique.

En présence de lésions séptiques de la cavité de Retzius, les résultats sont meilleurs ; malheureusement, il est difficile de préciser le diagnostic de ces lésions ; mais il est rare, en somme, que cette complication se montre sans qu'il y ait eu auparavant des ponctions capillaires ou la mise d'un trocart à demeure. Donc après ces manœuvres, si on voit les accidents infectieux augmenter, surtout s'il s'y joint un peu de ballonnement du ventre et de sensibilité de la région hypogastrique, il faut inciser. L'ouverture du foyer phlegmoneux n'est pas suffisante ;

en arrière de lui, se trouve une cavité dangereusement infectée et il faut encore ouvrir la vessie et la drainer largement par la plaie hypogastrique. Lorsque l'intervention est précoce, on a ainsi des succès. Les opérés de M. Bœkel, de MM. Poncet et Rollet meurent ; au contraire Richardson sauve son malade grâce à la précocité de l'intervention, car il n'y avait encore qu'une rougeur et une inflammation du tissu cellulaire périvésical ; trois jours après la taille la fièvre tomba et la résolution fut obtenue. M. Gangolphe ne reconnaît aussi l'infiltration qu'après l'incision, il est alors frappé de l'aspect blanchâtre et livide des muscles et ensuite de la coloration verdâtre et gangreneuse du tissu cellulaire périvésical ; là encore il y eut guérison. Nous avons pu retrouver aussi 11 opérations au cours desquelles on constata de l'infiltration du tissu cellulaire périvésical ; 5 fois le malade guérit (1).

Lorsqu'il existe des lésions septiques, non plus développées dans le tissu cellulaire, ou dans la séreuse enveloppant la vessie, mais dans la région périnéale et dans l'urèthre, l'incision de la vessie peut aussi devenir nécessaire, parce que toute tentative de cathétérisme devient plus dangereuse que la cystotomie. M. Guyon a montré que dans les infiltrations périnéales, il est dangereux de chercher à faire une uréthrotomie interne, ou de passer une sonde à demeure ou une bougie. Il faut, dit notre maître, lorsque la rétention d'urine s'accompagne d'infiltration, non pas sonder mais inciser. Lorsque la poche périnéale est largement fendue, le malade pisse par sa plaie et en général la rétention cesse. C'est là ce qu'on observe notamment dans les infiltrations d'urine relativement peu graves chez les rétrécis ayant une bonne vessie et un état général satisfaisant.

Lorsqu'au contraire on se trouve en présence d'un prostatique, qui, à la suite de tentatives de cathétérisme pour une rétention aiguë, a eu des uréthrorrhagies abondantes et fait une infiltration

(1) Nos 4, 39, 54, 55, 58, 65, 82, 101, 134 et 136.

d'urine périnéo-scrotale la situation n'est plus la même ; la rétention d'urine existant antérieurement, peut persister après l'incision du périnée ; les lésions du canal sont beaucoup plus accentuées et siègent dans l'urèthre postérieur, bien au-dessus du point incisé ; la prostate très friable et congestionnée a été lacérée par les tentatives de sondage ; aussi l'urine souvent très septique, même si elle s'écoule par la plaie, aura tendance à s'insinuer dans ces fausses routes ; les phénomènes infectieux persisteront ou s'aggraveront. Comme dans ce cas, on ne peut mettre, comme s'il s'agissait d'une rétention simple avec fausses routes, une sonde à demeure, l'incision sus-pubienne de la vessie reprend son droit. L'état antérieur de la vessie, le siège élevé des lésions uréthrales légitiment entièrement cette manière de faire.

Nous avons eu aussi à observer un malade (obs. XXI), prostatique, ayant présenté à la suite des tentatives de cathétérisme une infiltration du périnée. On ne se contenta pas de faire une incision en arrière des bourses ; la vessie fut aussi ouverte au-dessus du pubis. La mort eut lieu quand même. A l'autopsie, les lésions étendues de l'urèthre montrèrent bien que ce détour du cours des urines était nécessaire. Du reste, à côté de cette mort nous trouvons des succès publiés. L'un est dû à Davis ; le résultat est presque trop complet. En septembre 1888, ce chirurgien fut appelé pour voir un malade atteint d'une rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urèthre et à une hypertrophie de la prostate. Après des tentatives infructueuses, se développa une infiltration d'urine scrotale et sus-pubienne ; l'état général devint très grave. On fit une ouverture et un drainage sus-pubien qui mit fin aux accidents ; sept jours plus tard on fit l'uréthrotomie interne pour le rétrécissement, et on traita l'hypertrophie prostatique par l'électrolyse. La fistule sus-pubienne se ferma au bout de trente jours et la guérison fut complète.

Stamm a publié, dans le *Medical News*, 1889, un succès iden-

tique dans un cas d'hypertrophie prostatique compliquée de fausses routes et d'infiltration d'urine. En voici l'observation :

Le nommé C. C..., de Kansas, Ohio, âgé d'environ 75 ans, souffrait depuis plusieurs années d'une hypertrophie de la prostate et était obligé depuis longtemps de se sonder avec une sonde d'argent.

Le 6 avril 1889, il se voit dans l'impossibilité de vider sa vessie comme d'ordinaire et va consulter un médecin, qui, en essayant un cathétérisme violent, pratique une fausse route, sans réussir à pénétrer dans la vessie.

Le matin du 9 avril, le Dr Stamm fut appelé en consultation et trouva une vessie remontant au-dessus de l'ombilic. Le scrotum et le périnée étaient d'une couleur rouge foncé, quelques points montraient déjà des signes de gangrène. Toute tentative de cathétérisme échoua ; le toucher rectal permit de reconnaître une prostate très volumineuse. Comme l'urèthre était très contus et que la gangrène semblait imminente, on se décida à faire une incision sus-pubienne.

L'ouverture de la vessie permit d'évacuer une grande quantité d'urine trouble et glaireuse. Le lobe moyen de la prostate, de la grosseur d'un œuf, formait une valve au niveau de l'orifice de l'urèthre ; il donnait lieu à un bas-fond vésical très développé. La vessie fut alors suturée à la plaie et une mèche de gaze iodoformée fut laissée dans son intérieur pour drainer et désinfecter.

Le malade se remit bien de son opération, mais la fièvre persista encore pendant une semaine environ.

Au bout de trois semaines, l'ouverture était telle qu'un cathéter d'un gros calibre pouvait être facilement introduit.

On avait fait faire une canule en argent semblable au tube de la trachéotomie, mais le malade trouva préférable de s'en passer.

Il peut maintenant retenir ses urines pendant plusieurs heures ;

il vide sa vessie à l'aide d'une sonde molle à travers sa fistule, environ six fois par jour, et il trouve que jamais il n'avait été en aussi bon état depuis plusieurs années.

La conduite à tenir dans les rétrécissements, si on voit la rétention et l'infection persister après l'incision des tissus infiltrés, doit être la même que chez les prostatiques. Il peut en être ainsi lorsque le point de départ de la lésion péri-urétrale n'est plus au niveau de la région périnéale, mais dans l'urèthre pénien ou scrotal, et il ne faut pas trop attendre, afin d'empêcher des lésions de pyélo-néphrite ascendante de se produire; c'est à elles qu'est dû le décès signalé (obs. XXIV). Chez ce malade il n'y avait rien au périnée; le scrotum et l'hypogastre présentaient seuls de l'œdème et du sphacèle; l'urine s'échappait par les plaies; les phénomènes d'infection persistèrent même après la cystotomie faite tardivement. Nous rapprocherons de ce fait l'observation XXVI; il s'agissait là, croyons-nous, non plus d'une véritable infiltration d'urine, mais d'un phlegmon gangreneux des organes génitaux externes, semblable à ceux décrits par MM. Guyon et Albarran. L'état général était très grave; le sphacèle s'était étendu au scrotum, à la verge et à la région sus-pubienne, avec indemnité absolue du périnée. Lorsqu'on examina le malade, il était en rétention complète avec distension. Sans faire d'examen urétral, on pratiqua d'urgence la cystotomie sus-pubienne, et tout symptôme grave disparut rapidement.

Toutes les fois que l'on soupçonne une lésion étendue de l'urèthre, la conduite à tenir devrait être la même. Dans les cas de rétention pour hypertrophie prostatique, il peut en être ainsi à la suite de tentatives répétées de cathétérisme; au cours des rétrécissements, cela ne se produit guère. Mais nous avons vu entrer à Necker, deux malades atteints de rétrécissements et présentant à la suite de séance d'électrolyse de l'infiltration gangreneuse du périnée. La terminaison fut la mort, et à l'au-

topsie on put constater qu'il y avait destruction d'une grande étendue des parois du canal et sphacèle des tissus profonds. En présence de cas semblables, il serait utile d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis en même temps qu'on incise le plancher pelvien.

La cystotomie est ici l'opération de choix, car quand il y a infiltration du périnée, toute recherche prolongée au milieu des tissus infectés pour trouver le bout postérieur d'un urèthre devient dangereuse; et même lorsque, comme chez ces deux malades que nous venons de citer, le périnée est intact, la taille est encore une opération bien plus facile qu'une uréthrotomie externe. Cette méthode est du reste défendue, dans la *Semaine médicale*, par M. Lejars. Voici ce que dit ce chirurgien en publiant un cas analogue :

Le 5 mars 1893, un charbonnier de 29 ans se rompt la verge pendant le coït, et le 8 mars, il entre à l'hôpital Necker. Depuis vingt-quatre heures la miction est impossible; le pénis est tuméfié, noirâtre, et semé de phlyctènes sanguinolentes; l'infiltration s'étend aux bourses, au périnée et remonte au-devant du pubis; fièvre, facies terreux, subictérique. Que fallait-il faire? Ouvrir l'urèthre au périnée? Faire et répéter la ponction aspiratrice de la vessie? Et cela, selon toute vraisemblance, non pas quelques jours, mais durant plusieurs semaines. La cystotomie nous sembla le meilleur parti à prendre, et, le 10 mars, je la pratiquai sous le chloroforme. Incision médiane, sus-pubienne, longue de 6 à 7 centim. Les tissus sont très infiltrés, et ce n'est qu'avec peine et à une grande profondeur, que l'on sent le globe vésical très tendu et très dur. Deux fils de soie permettent de le fixer et de l'appliquer contre la paroi abdominale. On le ponctionne au bistouri, et il s'écoule une quantité énorme d'une urine foncée ammoniacale. Je réunis alors à la paroi hypogastrique, le plus régulièrement possible, les deux lèvres de l'incision vésicale par six points de suture à la soie. Une sonde en

caoutchouc rouge avait été laissée dans le nouveau canal; au bout de deux jours on la retira et l'urine s'écoula librement par la fistule hypogastrique. Dès lors nous étions tranquilles, les phénomènes aigus tombèrent, la verge se dépouilla et le travail de réparation suivit régulièrement son cours. Le 17 mars, le malade rendait quelques gouttes d'urine par l'urèthre; le 25, on réussissait à introduire une fine bougie; vers le milieu d'avril, la dilatation était achevée. A partir de ce moment, la fistule hypogastrique se rétrécit très vite et le 25 avril, était totalement fermée. Aujourd'hui, à la suite d'une série d'interventions complémentaires, qu'il serait trop long de rapporter, la verge a repris peu à peu ses caractères normaux et la miction est redevenue parfaite. .

Enfin dans quelques cas, lorsqu'il y a infection urinaire, avec indication de mettre la sonde à demeure, celle-ci doit être abandonnée parce qu'il y a une suppuration uréthrale exagérée qui en rend l'emploi impossible. M. Gangolphe, à la suite d'une observation publiée dans la thèse de M. Bonan, signale la prostatite suppurée comme pouvant être en faveur de la cystostomie.

C'est là un cas exceptionnel. En général l'écoulement uréthral causé par la sonde est très modéré; et l'irritation du canal est un inconvénient bien compensé par la diminution de la septicité vésicale. Cependant (obs. XX), une fois nous avons vu la suppuration uréthrale être suivie de phlegmon périprostatique, d'orchite suppurée; l'infection vésicale et l'altération de l'état général allait en augmentant. L'ouverture de la vessie fut faite et cette fistulisation fut continuée jusqu'à ce que l'infection des voies urinaires inférieures fût complètement guérie.

De cette discussion sur le traitement de l'infection urinaire, il résulte que la sonde à demeure réussit chez la grande majorité des malades, surtout chez ceux où l'infection est sous la dépendance d'une rétention aiguë. La cystotomie est réservée au cas où la sonde à demeure a échoué soit par le fait même

de l'intensité de l'infection, soit par l'existence de complications périvésicales, et à ceux où cette sonde devient nuisible : infiltration d'urine dans le périnée, suppuration uréthrale, accès fébrile et frisson à chaque tentative de cathétérisme.

Dans ces conditions la mortalité est alors considérable, mais l'incision hypogastrique est une ressource à tenter, pour parer momentanément au danger de l'infection, quitte à laisser se fermer la plaie lorsque les instants dangereux auront été franchis.

CHAPITRE V

Manuel opératoire de l'incision hypogastrique, cystotomie et cystostomie.

La valeur thérapeutique de l'incision sus-pubienne est donc réelle ; mais la durée de l'ouverture vésicale ne doit pas toujours être uniforme ; dans les cas les plus simples, elle sera suivie de la suture immédiate de la vessie ; cette suture cependant ne pourra être faite que dans des cas exceptionnels, et bien plus souvent, qu'après les néoplasmes et les calculs, il sera opportun de faire le drainage.

Dans des lésions plus compliquées, il est nécessaire d'ouvrir la vessie pendant un temps plus long, afin de pouvoir supprimer celle-ci en tant que réservoir, et surveiller à loisir la guérison de cystite tenace ; la cystotomie ne sera plus suffisante, il faudra alors une cystostomie véritable.

- Chez une dernière catégorie de malades enfin, le but à atteindre sera encore plus compliqué, la cystostomie avec incontinence, dont nous venons de parler, est une infirmité, que l'on doit chercher à éviter ; le méat sus-pubien devra fonctionner comme un véritable urèthre contre nature. Aussi nous voici amené à décrire la cystotomie simple, et la cystostomie.

Dans la taille simple, nous n'avons que peu de remarques à faire ; le manuel opératoire sera le même que celui de toute taille hypogastrique :

Cependant, rappelons ici que deux particularités peuvent augmenter les difficultés : il y a impossibilité parfois de distendre la vessie douloureuse par crainte de voir une rupture

vésicale se produire, comme le fait a été signalé par plusieurs chirurgiens; de là, une difficulté pour ouvrir une vessie petite et ratatinée derrière le pubis; la recherche sera cependant beaucoup facilitée, si on a soin de mettre le malade en position de Trendelenburg; par contre, la distension extrême chez les prostatiques, permet d'arriver rapidement et sûrement sur le globe vésical.

Le deuxième point sur lequel nous voulons attirer l'attention est l'existence de lésions inflammatoires périvésicales, pouvant causer l'adhérence de la séreuse à la vessie et au pubis; nous avons vu, par ce fait, le péritoine être ouvert dans une cystostomie faite par M. Rollet; et ce n'est qu'en déviant de la ligne médiane que M. Hartmann a pu éviter le même accident. Pour se mettre en garde contre cette complication, on a proposé d'avoir recours à la taille transversale; mais il est difficile de diagnostiquer ces lésions à l'avance, et il est préférable de ne pas sectionner les muscles droits à tout propos.

Nous accorderons dans ce cas la préférence à un procédé mixte. M. Albarran y a eu recours chez un malade atteint de péri-cystite tuberculeuse; il fit d'abord une incision verticale de la peau et des différentes couches sous-jacentes jusqu'au péritoine; il constata alors que le péritoine descendait très bas près du pubis, tout en étant entièrement adhérent à la face antérieure de la vessie; il tourna cette difficulté, en pénétrant dans celle-ci par une incision transversale.

La suture, avons-nous dit, peut être faite, mais, le plus souvent, il sera préférable de drainer avec les tubes Guyon-Périer. On savait, avant que la suture totale de la vessie fût de pratique courante, qu'avec ce procédé la citrisation pouvait être rapide; et nous citons un malade où la plaie était complètement fermée le douzième jour, soit quatre jours après la suppression du drainage hypogastrique.

Dans la cystostomie, le *modus faciendi* est le même que dans la taille simple; mais les bords de la vessie sont suturés à la

paroi. M. Guyon a montré l'avantage de ce procédé dans les cystites douloureuses. On est ainsi sûrement à l'abri de toute infiltration d'urine. Nous envisageons ici le fait de lésions nécessitant l'écoulement permanent de l'urine, on n'a pas à s'occuper du fonctionnement de la bouche vésicale, mais à s'assurer seulement de sa perméabilité, pour remédier à l'incontinence.

Plus intéressant est à discuter, le procédé opératoire à employer lorsqu'on veut tenter de créer un véritable urèthre sus-pubien, comme cela peut être indiqué au cours de lésions de la prostate, alors que l'urèthre naturel n'est plus capable de fonctionner, et de nombreux procédés ont été consultés.

Procédé de M. Poncet. — Il nous paraît utile d'exposer le manuel opératoire de M. Poncet, étant données les nombreuses opérations pratiquées par lui et les résultats obtenus : anesthésie, position de Trendelenburg, pas de ballon de Petersen.

L'opération comprend cinq temps :

a) **PREMIER TEMPS : Incision cutanée.** — Elle se fait suivant la direction de la ligne blanche. Commenant ou se terminant au bord supérieur du pubis, elle mesure 6 à 8 centim. dans le sens vertical. Elle comprend la peau et la couche adipeuse sous-cutanée, dont l'épaisseur est très variable suivant les sujets.

b) **DEUXIÈME TEMPS : Incision de la ligne blanche.** — On reconnaît, avec la pulpe de l'index gauche, la ligne blanche, qui est tendue comme une corde par un crochet implanté dans la cicatrice ombilicale et que la main d'un aide tire par en haut; on l'incise avec la pointe du bistouri et on peut lui donner la même longueur qu'à l'incision cutanée; mais, dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal et ultérieurement d'éviter une petite éventration possible, il est préférable de s'arrêter, en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'incision superficielle.

c) **TROISIÈME TEMPS : Recherche de la paroi antérieure de la**

vessie; refoulement du cul-de-sac péritonéal. — La ligne blanche et le fascia transversalis incisés, on pénètre, avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochet, à travers la boutonnière musculaire, qui est plus ou moins résistante suivant les sujets, et qui est constituée par les bords internes des muscles droits abdominaux. Lorsque l'aponévrose n'a pas été, ce qui arrive ordinairement, incisée jusqu'au bord supérieur du pubis, on complète la section par en bas, soit avec un bistouri ordinaire, soit avec un bistouri boutonné.

Si la vessie est profondément située, si la paroi antérieure ne paraît pas en contact plus ou moins immédiat avec la paroi abdominale, si surtout les muscles voisins forment une fente étroite à travers laquelle on a de la peine à manœuvrer, il faut inciser, avec un bistouri boutonné, chaque droit de l'abdomen au niveau de son insertion au pubis.

Ces incisions libératrices seront peu étendues ; elles mesureront en moyenne 3 à 4 millim., dans la crainte de compromettre par la suite les fonctions de l'espèce de sphincter que forment les deux muscles droits et que doit conserver le nouveau canal. Habituellement, du reste, un tel débridement sur chaque droit donne un jour suffisant, permettant de manœuvrer à l'aise, sur la face antérieure de la vessie.

Lorsque la vessie est distendue par l'urine ou par le liquide injecté, on l'aperçoit au fond de la plaie, dont les bords cutanéomusculaires sont maintenus écartés avec des crochets mousses. Le doigt qui va à sa rencontre la sent encore mieux, comme un ballon de caoutchouc gonflé, que l'œil ne l'aperçoit. Quant au cul-de-sac péritonéal, habituellement, on ne le voit pas et on le sent encore moins par le toucher.

L'index de la main gauche pénètre à travers la plaie dans le tissu cellulaire prévésical ; il reconnaît le bord supérieur du pubis, puis, se glissant sous sa face postérieure, il va jusqu'au col de la vessie où il sent plus ou moins nettement l'anneau prostatique antérieur. A ce niveau, recourbé en crochet, il suit

la face antérieure de la vessie, décollant, soulevant tout ce qui n'appartient pas à cette paroi. Le cul-de-sac péritonéal est ainsi entraîné par en haut et maintenu dans cette position par l'extrémité de l'index qui ne l'abandonne plus, jusqu'au moment où la paroi vésicale antérieure a été incisée.

d) QUATRIÈME TEMPS : *Ouverture de la vessie.* — L'index gauche reste en place. Immédiatement au-dessous de lui, l'ongle servant de jalon, on fait pénétrer de quelques millimètres la pointe du bistouri dans la paroi vésicale antérieure, que l'on incise ainsi de haut en bas sur la ligne médiane. L'incision doit avoir d'emblée 10 à 12 millim. environ. Dans tous les cas, elle doit être telle que l'extrémité de l'index pénètre facilement dans la vessie plus ou moins vidée, par conséquent revenue sur elle-même.

Il faut, en effet, pouvoir explorer la prostate ainsi que la cavité vésicale, qui peut renfermer des calculs dont on n'avait pas jusqu'alors soupçonné la présence. Un flot d'urine s'échappe au dehors et la vessie se vide en totalité.

Aussitôt l'incision faite, l'index gauche abandonne le cul-de-sac péritonéal, qui n'a plus rien à craindre. Il pénètre entre les lèvres de la plaie vésicale et sert de nouveau de conducteur soit pour passer un fil tracteur sur chaque lèvre, soit pour saisir chacune d'elles à l'aide d'une pince hémostatique.

Si l'incision ne paraît pas suffisante, on l'agrandit de quelques millimètres, plus volontiers par en bas, du côté du col, avec un bistouri boutonné.

Lorsque la vessie s'est vidée de son contenu, il est nécessaire de faire une toilette parfaite de la plaie hypogastrique, qui a été en contact avec l'urine.

e) CINQUIÈME TEMPS : *Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale.* — Les sutures seront faites de préférence avec des fils métalliques de moyenne grosseur, elles seront habituellement au nombre de six. Chaque fil traversera de part en part la paroi de la vessie à 4 ou 5 millim.

du bord de l'incision; il sera ensuite mené à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit abdominal, le tissu cellulaire de la peau, pour sortir à 5 ou 6 millim. des bords. Souvent, cette manœuvre présente des difficultés, et lorsque l'épaisseur des parties molles abdominales ne permet pas d'amener facilement en contact les bords de la vessie avec ceux de la peau, il est préférable de ne comprendre que la peau dans les sutures. Les bords cutanés se mobilisent facilement; il leur appartient d'aller à la rencontre de ceux de la vessie, qui sont parfois friables, peu résistants aux tractions.

Les fils seront modérément serrés et l'on attendra, pour les tordre, qu'ils soient tous en place. On aura soin, en outre, de faire un affrontement direct de la peau avec la muqueuse vésicale.

Enfin, on rétrécira, s'il y a lieu, par un ou plusieurs points, la plaie hypogastrique, soit en haut, soit en bas.

Si les urines sont infectées, s'il existe des fausses routes uréthrales, il faudra pratiquer une large irrigation uréthro-vésicale avec une solution boriquée stérilisée à 4 p. 100. Dans le cas de fausse route, on injecte ensuite dans le canal le contenu d'une petite seringue en verre remplie d'huile iodoformée.

Ne pas laisser de sonde, de drain, dans l'urèthre, dans la vessie, dans la plaie.

Quels sont les résultats obtenus grâce à ce *modus faciendi* pour l'urèthre sus-pubien? Pendant un certain temps, variable suivant l'étendue et la dimension de la plaie, il y a incontinence complète, toutes les urines s'échappent par l'hypogastre, puis peu à peu le trajet se constitue, la fistule se rétrécit et la vessie reprend son rôle de réservoir; mais il n'en est pas toujours de même, et on peut avec Bonan diviser les malades en trois catégories.

Ceux où l'incontinence est absolue; l'urine coule continuellement;

Ceux qui ont de l'incontinence complète, si on n'a pas soin de

suppléer à l'insuffisance de la fermeture du méat sus-pubien par un appareil obturateur quelconque ;

Ceux enfin, où l'on peut dire que le résultat est parfait, la fistule hypogastrique fonctionnant comme un véritable urèthre contre nature. Les urines peuvent s'accumuler pendant quatre ou même cinq heures ; puis se produit le besoin d'uriner : tantôt spontanément, la vessie se vide d'elle-même, projetant l'urine à une certaine distance, par sa propre contraction et par celle de la paroi abdominale ; tantôt on l'évacue à l'aide d'une sonde introduite facilement dans l'ouverture hypogastrique.

Or, M. Bonan a pu retrouver 16 des malades opérés par M. Poncet, et constate que quatre rentrent dans la première catégorie ; chez deux la continence des urines est obtenue à l'aide de l'appareil et cinq ont un urètre contre nature fonctionnant suivant l'idéal cherché. M. Lagoutte, dans sa thèse, dit que, sur 22 cystostomisés, ayant vécu ou ayant été suivis plus de six mois, et chez qui les urines avaient continué à sortir par la plaie, 7 avaient un urèthre sus-pubien sans incontinence, trois autres malades avaient une incontinence partielle, et enfin 12 étaient mouillés continuellement par l'urine.

Procédé de Mac Guire. — Le succès serait encore plus sailant chez les opérés de Mac Guire. Malheureusement, nous n'avons pas de renseignements très complets sur la façon d'opérer du chirurgien américain. Dans son article du *Medical News*, il dit qu'il a opéré huit prostatiques, traités depuis longtemps par les lavages sans aucun résultat ; plusieurs avaient atteint la période où le cathétérisme est difficile et va bientôt devenir impossible, tous ont guéri ; d'abord il y a incontinence, puis au bout de quelque temps, lorsque la plaie est réduite au calibre d'une sonde n° 8 ou 10, le malade, en essayant d'uriner peut envoyer son jet à quatre ou cinq pieds en avant de lui et, dès lors, à moins que la vessie ne soit trop pleine, il n'y a plus d'incontinence et le malade peut à volonté retenir ou expulser son

contenu vésical. Cela tient, dit-il, à l'existence des muscles droits, qui bordent la plaie d'un sphincter.

Mac Guire pour ces opérés suit la technique suivante : il met le ballon rectal, dont le rôle est important ; la vessie repoussée par lui est incisée assez haut et lorsqu'on enlève, elle retombe dans le petit bassin, et par ce fait même la fistule aura une direction oblique d'arrière en avant et de bas en haut, comme le bec d'une cafetière (*coffee spoot*), suivant l'expression anglaise. Incision cutanée ; incision de la ligne blanche sans aucune nécessité de désinsérer les muscles droits, mais en ayant soin de descendre jusqu'au pubis. Incision du fascia transversalis ; ouverture de la vessie admettant le doigt et faite aussi bas que possible au niveau du bord supérieur du pubis et pas plus haut ; drainage vésical pendant les premiers jours, pour laisser cicatriser la plaie. Au bout de quelques semaines, on a soin d'introduire pendant une heure ou deux par jour un mandrin d'argent dans la fistule pour en empêcher l'atrésie.

Ces résultats, bons chez tous les prostatiques opérés par le chirurgien américain, n'ont pas été obtenus par la majorité des chirurgiens, c'est pourquoi on a cherché dans le point d'incision de la vessie, dans la longueur du trajet, dans la constitution anatomique de la fistule, une explication du bon ou du mauvais fonctionnement du méat sus-pubien.

Le point d'incision de la vessie semble être nettement établi ; M. Poncet pensait au début qu'il fallait mieux ouvrir près du sommet, laissant ainsi un réservoir plus spacieux à remplir avant que le liquide puisse atteindre l'orifice de sortie ; cette méthode peut donner de bons résultats ; chez le malade opéré par M. Routier, la continence des urines était obtenue ; mais M. Poncet, néanmoins, depuis s'est rallié à l'opinion de Mac Guire et incise près du col vésical et presque tous les chirurgiens font de même ; la vessie, à ce niveau, est facile à atteindre, le cul-de-sac péritonéal est évité ; rares sont les cas où une prostate très volumineuse sera blessée par le bistouri pénétrant dans la

glande. Enfin et surtout, l'épaisseur des tissus prévésicaux, à ce niveau, permet d'avoir la création d'une fistule assez longue ; point peut-être le plus important pour avoir un méat fonctionnant bien.

L'incision doit être basse, elle doit être aussi petite, la période d'incontinence étant ainsi moins longue ; il faut cependant la faire toujours suffisante pour que l'index puisse y pénétrer et explorer attentivement la cavité vésicale.

La constitution anatomique du trajet est-elle plus importante ? Les dissections de fistules sus-pubiennes après autopsie ne sont pas très nombreuses. Dans un examen fait peu de temps après l'intervention et cité dans la thèse de M. Boutan, M. Wassilief remarqua qu'il existait un glissement de la muqueuse sur la musculaire, et que celle-ci, rétractée en arrière, formait une sorte de sphincter lisse enserrant la partie profonde de l'urèthre artificiel. Il eut la pensée de chercher à réaliser toujours cette disposition et à tapisser le trajet simplement avec la muqueuse vésicale, en lui faisant faire hernie à travers une boutonnière qui aurait pour effet de constituer alors un véritable sphincter. M. Wassilief, dans un article de la *Gazette hebdomadaire de Médecine*, décrit ce procédé, dérivé en somme du manuel opératoire de M. le professeur Terrier pour la gastrotomie ; il a vu que, sur le cadavre, le décollement de la muqueuse et son entraînement en dehors est facile. Avant que l'article de notre collègue ne fût paru le procédé avait été employé sur le vivant et c'est celui que l'on a suivi dans les opérations de M. Hartmann ; celui-ci n'avait fait qu'appliquer là cette méthode, qui permet dans les gastrotomies de n'avoir nulle issue de liquide. Est-elle aussi bonne ici ? nous avons trop peu de cas pour juger. Les opérés de M. Hartmann sont parmi les favorisés ; gardant leur urine la nuit, ils se mouillent le jour. Dans un cas opéré par M. Jalaguier et rapporté par M. Wassilief, c'est l'inverse : pendant la station debout le malade pouvait garder ses urines pendant quatre ou cinq heures ; mais au lit, il y avait de l'incon-

tinence. M. Lagoutté a observé aussi des malades opérés par ce procédé; voici ce qu'il en dit :

Nous avons vu M. Curtillet, chef de clinique, pratiquer la cystostomie ainsi comprise sur deux malades dont nous rapportons ici les observations (obs. LI, LIV). Ces deux cas ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*. Une fois, la suture n'a pas tenu, le malade ayant des urines infectées. Dans la seconde observation, la réunion de la muqueuse et de la peau a été parfaite. Le malade quitta l'hôpital quinze jours après avec une incontinence absolue. Depuis, le méat fonctionne, pas une goutte d'urine ne s'écoule entre les mictions. Le malade ne se plaint que d'une chose, c'est de l'étroitesse de son canal, telle que la vessie demande plus d'une demi-heure pour se vider complètement. Mais actuellement se trouve encore, dans le service de M. le professeur Poncet, un troisième malade, opéré il y a trois mois environ d'après le même procédé. La réunion de la muqueuse et de la peau a également été parfaite, mais aujourd'hui les urines s'écoulent constamment et spontanément. Aussi avons-nous été forcé de faire construire à ce malade un urinal pour lui rendre supportable son infirmité. Du reste, dans une autopsie faite non plus immédiatement, mais après huit mois de survie, et citée par M. Lejars dans ses leçons cliniques, M. Pasteau ne retrouva pas traces de fibre lisse, et un canal obtenu par une ponction au trocart était identique à celui formé par une cystostomie régulière. Ceci est encore en rapport avec l'opinion de M. Audry. Ce chirurgien nie l'utilité de toute suture de la vessie à la peau; et de fait, présente plusieurs cas où ainsi l'urèthre sus-pubien fonctionnait bien; tel un malade dont l'histoire est rapportée par M. Thévenin dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, et chez qui on fit pour un calcul la taille que l'on transforma en cystostomie, afin de pallier des accidents infectieux préexistants; tel aussi a été le cas du malade fistulisé pour un néoplasme inopérable de la vessie; celui-ci, il est vrai, portait une sonde permettant l'évacuation constante de l'urine.

Du reste, nous croyons que cela n'est pas la méthode de choix. Il est plus sage, nous semble-t-il, quand ce ne serait que pour empêcher un peu cette tendance à l'atrésie que présente toute fistule, de suivre les conseils donnés depuis longtemps par M. Guyon pour la taille dans les cystites douloureuses, et de réunir par de nombreux points l'orifice vésical à la paroi. M. Poncet suture les bords vésicaux à toute l'épaisseur de la paroi abdominale, si l'affrontement est possible. Sinon, les fils comprennent simplement la vessie et la peau, entraînant celle-ci et la forçant à revêtir les parois du conduit fistuleux.

D'ailleurs, il faut savoir que la cystostomie idéale de M. Wassilief est loin d'être toujours possible. Le décollement et la hernie de la muqueuse ne se fait pas toujours comme dans le fait de M. Tillaux. Chez les malades de Necker, morts après la cystostomie, nous avons recherché si la disposition signalée existait; chez tous, les sutures comprenaient muscle et muqueuse, et si, en quelque point, les fils avaient coupé, la muqueuse s'était rétractée plus profondément que les tuniques externes de la vessie; c'est que cette muqueuse est presque toujours friable, déchirable, chez les malades infectés chez qui on a à intervenir.

D'autres chirurgiens, s'inspirant du procédé de Witzel pour la gastrostomie, ont cherché non plus à créer un simple sphincter, mais un canal d'une certaine étendue, formé par les parois mêmes de la vessie. Nous trouvons une opération où Zweifel, faisant l'ouverture de la vessie en arrière, a créé sur la paroi vésicale postérieure un conduit artificiel. Il s'agissait d'une malade atteinte d'épithélioma de l'urèthre; mais il est intéressant de citer ici ce qui a trait à la formation de la fistule urinaire. Après l'extirpation du néoplasme et l'occlusion complète de la vessie en bas, ce chirurgien procéda à la formation d'un urèthre artificiel à travers les parois abdominales. On ouvrit l'abdomen sur la ligne médiane immédiatement au-dessus de la symphyse. L'utérus était en rétroversion; la trompe gauche lui était adhérente.

Ils tiraient tous les deux sur la vessie. On incisa les adhérences, on ouvrit la vessie à sa paroi postérieure avec un scalpel très fin et on introduisit dans cette petite fente une sonde en caoutchouc à bout coupé en biais. Ce tube a été fixé moyennant des sutures de soie très fine, dans un canal néoformé, entouré complètement par du péritoine. C'est en s'inspirant de la méthode du professeur Witzel de Bonn, indiquée pour la formation d'une fistule gastrique, qu'on a établi cet urèthre artificiel.

Pour empêcher toute communication du canal néoformé avec la cavité abdominale, on procéda de la façon suivante :

Le grand épiploon fut attiré au-dessous de l'incision vésicale, par conséquent en arrière, où on le fixa; et au-dessus on ferma la cavité abdominale en réunissant les deux feuillets du péritoine pariétal. L'incision des parois abdominales fut suturée d'après la méthode ordinaire. On fixa un robinet au drain qui fut dirigé au dehors; la grande plaie derrière la symphyse fut tamponnée avec de la gaze stérilisée et on ferma avec quelques points de suture l'incision faite à la commissure antérieure de la vulve.

Au lieu d'une ceinture, on appliqua de longues bandelettes de sparadrap. Les suites de l'opération furent excellentes.

Les sutures dans le trigone de Lieutaud tenaient très bien et l'opérée a pu uriner à travers la sonde à demeure dans des intervalles assez réguliers. Au début la sonde, fixée par plusieurs points de catgut, avait été introduite trop profondément dans la vessie, ce qui irritait la vessie et provoquait des urines troubles. Après que les sutures de catgut eurent été résorbées on changea la sonde qu'on n'introduisit que très superficiellement dans la cavité vésicale. Les urines redevinrent claires. La malade ne se mouillait pas du tout et elle a bientôt appris à se servir de son urèthre artificiel. Pour empêcher d'un côté la sonde de tomber dehors et d'un autre côté de glisser trop loin dans la vessie, on y fixa une épingle de sûreté attachée à la peau du Mont de Vénus avec du sparadrap. La malade aussitôt

qu'elle a envie d'uriner ouvre le petit robinet, qu'elle ferme après avoir satisfait son besoin, et cache le bout libre de la sonde sous la bande de sparadrap. A sa sortie, la malade présentait une cicatrice rétractée au-dessous de la symphyse.

La malade revient sept semaines après sa sortie; elle a augmenté de six kilogr. Elle manie très bien la sonde à demeure, qu'elle enlève de temps en temps pour la nettoyer ou en l'essuyant ou en la laissant bouillir dans de l'eau. Si la sonde se heurte contre le petit obstacle formé par la paroi vésicale postérieure, la malade éprouve une sensation désagréable. Toutes les heures et demie à deux heures elle a envie d'uriner. La fermeture de l'urèthre artificiel par la sonde se fait très bien et garantit la femme complètement contre l'incontinence.

Le chirurgien fait suivre cette publication des réflexions suivantes :

La formation d'un urèthre artificiel a été assez facile. Cette opération ne pourrait être que d'une utilité assez restreinte, si l'on ne voulait l'appliquer qu'aux seuls cas de carcinome de l'urèthre, affection en somme assez rare; dans les cas d'hypertrophie de la prostate avec des souffrances atroces, elle sera probablement appelée à rendre de très grands services.

On s'était servi de la paroi postérieure de la vessie parce qu'elle est plus accessible et plus facile à couvrir avec du péritoine.

Malgré ce succès, le procédé de Zweifel doit être abandonné, la méthode intra-péritonéale exposant vraiment à trop de dangers. Witzel lui-même, dit que dans un cas semblable il préférerait obtenir une fistule oblique extra-péritonéale. Ce procédé modifié a été mis à exécution par Martin de Cologne. Celui-ci eut à soigner un malade âgé de 67 ans, obligé depuis longtemps de se sonder, toute miction par l'urèthre étant impossible. Le chirurgien fut appelé pour une rétention aiguë, survenue au cours de cet état chronique; la prostate étant très volumineuse, la vessie

distendue jusqu'à l'ombilic, toutes les tentatives de cathétérismes échouèrent et ne réussirent qu'à provoquer une uréthrorrhagie abondante. On se décida à faire une cystostomie sus-pubienne par le procédé suivant :

Position de Trendelenbug; incision médiane de 8 centimètres à partir de la symphyse; le cul-de-sac péritonéal descendant jusqu'à 5 centimètres du pubis fut décollé de façon à mettre à nu toute la paroi antérieure de la vessie. Celle-ci fut ponctionnée très bas, et l'ouverture faite juste de dimension suffisante pour admettre une sonde de Nélaton. Celle-ci fut couchée sur la paroi antérieure de la vessie; et, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, des fils de catgut ramenèrent les parois vésicales en avant d'elle. Pour cela, chaque fil pénétrant dans la paroi vésicale, à droite de la sonde, ressortait à ses côtés et, passant en avant d'elle, pénétrait à nouveau dans la paroi vésicale à sa gauche. Une fois l'anse serrée, la sonde se trouvait ainsi encadrée par un canal musculaire complet. Les suites opératoires furent très simples. Au douzième jour, on changea la sonde, et en réintroduisant la nouvelle, on sentit très nettement une résistance élastique dans la partie profonde; dès que cette résistance fut vaincue, l'urine s'écoula en jet; ce phénomène était dû, d'après Martin, à la résistance du canal musculaire contracté par action réflexe. A partir du quatrième jour, il n'y eut plus le moindre suintement par la fistule, en dehors de la sonde. Lorsque le malade se leva au bout de deux semaines, il ne se produisit pas d'incontinence et, après un mois, la sonde dans la fistule put être supprimée. La continence sans celle-ci n'est que relative; si le malade ne fait pas d'effort, la vessie ne peut plus contenir de 25 centim. cubes sans qu'il y ait suintement; si, au contraire, les muscles de l'abdomen entrent en contraction, sa capacité peut devenir de 300 grammes, car alors l'urèthre artificiel s'obstrue par aplatissement antéro-postérieur? C'est pourquoi le malade continue à porter une sonde en permanence; elle a aussi pour avantage de combattre l'atrésie, qui aurait tendance à se produire rapidement.

Wiessinger a appliqué le procédé de Martin chez une femme de 70 ans, ayant un épithélioma de l'urèthre ; le décollement du péritoine et la constitution du canal artificiel par la suture de la vessie sur la sonde fut facile. Les résultats fonctionnels ne sont pas indiqués. Par contre, Wiessinger dit avoir suivi la même conduite chez plusieurs prostatiques et présenta à la Société médicale de Hambourg un vieillard, qui, ayant une sonde dans sa fistule, vide toutes les trois ou quatre heures sa vessie susceptible de contenir 3 à 400 gr. d'urine.

Ce procédé de Martin est donc intéressant à signaler, mais les cas ne sont pas assez nombreux pour qu'on en puisse avoir une opinion précise, le port de la sonde est nécessaire ; et la conclusion du chirurgien allemand, qui trouve le procédé supérieur à la cystostomie de Poncet, est encore un peu prématurée.

Le rôle des muscles droits est-il plus efficace que celui d'un sphincter lisse, difficile à obtenir.

Nous avons vu déjà l'importance qu'y attache Mac Guire. Très intéressant est aussi le malade déjà cité, et bien observé à ce point de vue, de Wassilieff. « Pour vider sa vessie, le malade fléchissait légèrement le tronc sur le bassin, et aussitôt l'urine sortait par l'orifice, le jet assez mince même tombait à 16 centim. en avant du pubis. L'arrêt de la miction pouvait être obtenu volontairement, et cet arrêt était précédé d'un léger redressement du corps. »

L'action de la tension des deux droits abdominaux, semble donc être bien établie ; cette action des muscles est obtenue en quelque sorte sans le vouloir par l'opération, en passant par la ligne blanche sans désinsérer les droits à leur extrémité inférieure. C'est que l'oblitération de la fistule n'est pas produite par l'action directe des fibres striées sur le canal sous-pubien ; on peut voir la continence s'établir même lorsqu'il y a éventration, comme dans l'observation XXXVIII de la thèse de M. Lagoutte ; et quand les droits ont une action réelle, elle se produit par le fait des tissus cicatriciels environnants, surtout

de cette arcade fibreuse, décrite par M. Pasteau, et qui s'étend d'un muscle à l'autre. On comprend comment ce résultat est obtenu lorsqu'on passe par la ligne blanche et qu'il n'est pas besoin de chercher une disposition plus compliquée.

M. Jaboulay, suivant l'exemple que Witzel avait donné pour les anses iliaques, avait proposé au contraire de faire l'ouverture, non plus entre les membres droits, mais en passant à travers leurs corps charnus ; sur le seul malade opéré de cette façon et par le promoteur même du procédé, il y avait incontinence dans la position couchée ; l'urine s'échappant goutte à goutte et continuellement. Mais lorsqu'on disait au malade de s'asseoir on voyait nettement que la paroi abdominale, en se contractant, faisait remonter le méat à 3 centim. au-dessus de sa situation première et le fermait hermétiquement, si bien qu'aucune goutte de liquide ne pouvait s'échapper et qu'un instrument, comme une sonde cannelée, introduit dans la lumière, y était pincé et serré. Le résultat n'est en somme pas supérieur à ceux obtenus par M. Poncet, Mac Guire et tous les autres opérateurs.

Si la structure du canal artificiel, la création d'un sphincter lisse semblent peu importantes, son calibre et surtout sa longueur ont au contraire un intérêt plus grand. Son calibre d'abord ne doit pas être trop considérable, et nous voyons toujours que durant une première période où il est large et perméable, l'incontinence urinaire existe ; c'est, lorsqu'il s'est restreint de façon à admettre une sonde n° 18 et 20, qu'elle disparaît ; cette diminution de largeur se fait du reste d'elle-même, et c'est contre l'atrésie et non contre la béance trop grande que l'on a à lutter ; une longueur de 3 à 4 centimètres semble être favorable ; cette longueur est obtenue en général par la direction oblique du trajet, disposition qui est encore en faveur du bon résultat. Il faut donc toujours s'y attacher ; on y arrive facilement en incisant la vessie très bas et en la suturant, si besoin est, non pas au bas de l'incision cutanée, mais à la partie moyenne ; le ballon de Petersen, en soulevant la vessie, puis en la laissant ensuite

reprendre sa place dans le petit bassin, contribuerait, d'après Mac Guire, à obtenir ce résultat. Dans une opération, M. Hartmann a obtenu de même, l'existence d'un canal assez long en incisant sur la droite de la vessie, dont la partie médiane était recouverte de péritoine. Le trajet avait ainsi une longueur de 3 à 4 centim. de long, admettant une bougie n° 20.

L'exposé même des nombreux procédés employés montre que l'on n'est pas encore arrivé à créer à volonté un méat sus-pubien ne donnant pas lieu à un écoulement de l'urine. Dans la grande majorité des cas, il y a une incontinence sus-pubienne. Chez tous nos opérés il en a été ainsi. De là, la nécessité de faire porter un appareil.

Dans les cas relativement heureux ; il suffira d'un obturateur en forme de clou, d'une sonde de Pezzer, d'une sonde à double renflement de Ch. Nélaton. M. Martin de Lyon a déjà fait construire des obturateurs plus complexes, à double ampoule, l'une vésicale, l'autre extérieure, se gonflant une fois introduite ; ou encore, à plaque de caoutchouc glissant sur la sonde. Avec ces différents instruments, l'écoulement de l'urine n'est pas continu.

Quand ces simples appareils ne suffiront pas, lorsqu'il existera en même temps une intolérance supprimant toute capacité physiologique de la vessie, il faudra recourir à un urinal drainant continuellement l'urine. Nous ne pouvons qu'indiquer ceux de M. Loumeau, ceux de M. Collin, et renvoyons pour la description de ces appareils à la thèse de M. Lagoutte.

Nous voyons que la cystostomie permanente est loin d'avoir encore atteint la perfection ; souvent elle laisse une infirmité. En plus, à la longue, elle cesse de remplir le but pour lequel elle a été créée. Dans des cas nombreux, le malade, après une période d'amélioration, voit revenir ses douleurs et les phénomènes infectieux, et en outre il a l'ennui d'une fistulette présentant des alternatives d'atrésie et de perméabilité.

Aussi croyons-nous qu'on doit chercher à restreindre les cas

d'ouverture permanente de la vessie. On les réservera aux malades torturés par des cystites incurables et à ceux qui, obligés de se sonder, sont dans l'impossibilité de recourir à cette manœuvre ou ne peuvent le faire qu'avec des douleurs vives. Dans les cas de rétention complète, d'hémorrhagie, d'infection aiguë, on tâchera de rétablir la fonction de l'urèthre aussitôt que les accidents seront passés. Il y a une classe de malades, rétentionnistes incomplets, chroniques, qui pourront peut-être bénéficier d'une fistule permanente ; celle-ci ne peut être utile que si elle a été faite à un malade capable de l'entretenir et de prendre des soins antiseptiques.

CONCLUSIONS

I. — Par le fait même qu'elle évacue la vessie et la met au repos, l'incision hypogastrique, d'abord employée dans le but mécanique d'extraire les calculs et d'enlever les tumeurs, a une action thérapeutique plus étendue et peut être employée pour combattre certaines complications : rétention, douleur, hématurie infection.

II. — L'impossibilité du cathétérisme au cours de rétention aiguë est exceptionnelle; le cathétérisme avec mandrin et la sonde à demeure suffisent presque toujours à obtenir la guérison; la ponction aspiratrice, si la vessie est aseptique, est inoffensive. Si on est obligé d'ouvrir la vessie, par le cathétérisme rétrograde et la reprise des sondages, on doit rechercher rapidement la fermeture de la plaie.

Le passage douloureux ou difficile de la sonde au cours de la rétention chronique peut être une indication de fistulisation.

III. — Contre les hémorrhagies vésicales, mettant la vie du malade en danger et ayant résisté à l'évacuation des caillots et à la sonde à demeure, la taille doit être employée.

IV. — Les douleurs vésicales cessent dès que la vessie est incisée, de là l'emploi de l'incision vésicale contre les cystites rebelles. Dans les cystites à infection ordinaire, chez des individus ne présentant aucune tare, après une ouverture plus ou moins longue, la guérison complète peut être obtenue. Au contraire, si on est en présence d'un prostatique, d'un néo-

plasique ou d'un tuberculeux, le traitement ne sera le plus souvent que symptomatique, la douleur ne cessant que si la fistulisation persiste.

V. — La sonde à demeure chez plus des trois quarts des malades suffit à combattre les phénomènes d'infection urinaire, soit d'origine vésicale, soit d'origine uréthrale. La cystostomie doit être réservée aux cas où la sonde a échoué, soit par le fait de l'intensité de l'infection, soit à cause des lésions périvésicales, et à ceux où la sonde devient nuisible (infiltration d'urine périnéale, frisson à chaque tentative de changement de la sonde).

Dans les infections aiguës, elle ne sera aussi faite que dans des conditions graves, elle permettra cependant de sauver quelques malades. Dans les infections chroniques; même lorsqu'il y a amélioration post-opératoire, on voit le plus souvent, malgré la perméabilité de la fistule, tous les accidents reparaitre lorsque les malades sont livrés à eux-mêmes.

VI. — Il n'y a pas de procédé permettant d'obtenir avec certitude une ouverture vésicale sus-pubienne fonctionnant bien; il faut donc restreindre autant que possible la cystostomie permanente; la douleur intense vésicale ou uréthrale; les cathétérismes difficiles et s'accompagnant de fièvre urineuse au cours de rétention chronique en sont les deux seules indications. Elle ne donnera encore des résultats satisfaisants que chez les malades soigneux et propres.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Cystite douloureuse post-blennorrhagique. Traitement par les instillations sans résultat. Taille hypogastrique. Guérison.*

Le nommé G..., âgé de 31 ans, entré le 27 avril 1891 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 5, service de M. le professeur Guyon

Antécédents. — Père mort à 55 ans et mère à 45, de maladies inconnues. Cinq frères ou sœurs morts en bas âge, dont un de méningite. Trois sœurs encore bien portantes. Pendant l'enfance, blépharite, impétigo, pas d'écoulement d'oreille. A l'âge de 20 ans, à la suite d'un refroidissement, il a eu une affection thoracique, qui a duré une quinzaine de jours et pendant laquelle il a craché le sang, mais il s'en est complètement et rapidement guéri; il ne tousse pas, n'a pas de sueurs nocturnes et, en somme, jouit d'une bonne santé générale.

Le 20 janvier 1890, huit jours après un coït, il constata un écoulement uréthral (première blennorrhagie). Cet écoulement a été peu abondant, mais dès le début de la blennorrhagie les mictions devinrent fréquentes, le malade pissait tous les trois quarts d'heure, aussi bien le jour que la nuit. La douleur était très modérée. A l'hôpital du Midi, où il va consulter, on lui prescrit un traitement antiphlogistique sans injections; il n'est pas pratiqué de cathétérisme.

Quinze jours, après le début de l'écoulement uréthral, sans aucun motif, le malade urine une ou deux gouttes de sang à la fin de chaque miction; les mictions ne sont pas plus fréquentes, mais elles sont plus douloureuses. Il entre à l'hôpital en février 1890, où on le soumet aux instillations de nitrate d'argent. Ce traitement ne produit aucune amélioration: les hématuries continuent et sont plus abondantes après chaque cathétérisme; le malade est mis alors à un traitement général (huile de foie de morue créosotée, bains salés, etc.) et il quitte l'hôpital le 12 mai 1890. Au bout de quelque temps, il ne pisse plus de sang, mais les mictions sont aussi fréquentes et aussi douloureuses.

Le 19 janvier 1891, il entre de nouveau à l'hôpital. Il a recommencé à pisser du sang, mais d'une manière intermittente, les mictions sont devenues plus fréquentes (chaque quart d'heure); les besoins ne sont pas très impérieux, mais le passage des dernières gouttes provoque de vives douleurs. Il est soumis aux instillations de sublimé à 1/4000, qui restent sans effet. Chaque séance ramène l'hématurie, il continue à pisser douze fois le jour, dix-sept fois la nuit. Le 14 février, on essaie les instillations de glycérine créosotée. Résultat nul.

En présence de ces nombreux échecs, M. Guyon propose une taille hypogastrique au malade, qui la refuse et quitte l'hôpital ; du jour de sa sortie (1^{er} mars) il pisser dix fois le jour, douze fois la nuit et sa capacité vésicale est de 85 centim. cubes.

Le 27 avril 1891. Le malade demande à rentrer à l'hôpital. Il est amaigri et paraît fatigué, néanmoins il ne se plaint pas. L'auscultation révèle à la partie externe de la fosse sus-épineuse droite, quelques petits râles sans craquements, et que l'on n'entend même que d'une façon intermittente.

Les symptômes fonctionnels sont plus intenses. Mictions sept à huit fois par nuit et toutes les vingt minutes dans la journée. Les douleurs ne sont pas très vives et le sang n'apparaît qu'à la suite des cathétérismes. La vessie n'est douloureuse à la pression ni sur la face antérieure ni sur la face postérieure; mais elle est horriblement douloureuse au contact de la boule exploratrice. Celle-ci franchit facilement le col et ne détermine de douleur que sur la paroi vésicale. Le toucher rectal permet en même temps de constater l'intégrité de l'appareil génital; la prostate, quoique globuleuse, est régulière et parfaitement saine. Vaginale, épидидyme, cordon normaux. L'urètre est libre; l'explorateur provoque de la douleur dans la portion prostatique. La capacité vésicale est de 90 centim. cubes. Les reins sont normaux.

Les urines sont troubles et manifestement purulentes; elles ont été examinées à trois reprises :

21 janvier. Cellules de pus abondantes. Bactérium coli très abondants, presque purs. Pas de bacilles de Koch.

10 février. Pas de gonocoques. Bactérium coli. Pas de bacilles de Koch.

Le 16. Bactérium coli. Pas de bacilles de Koch.

Le 23. Inoculation, injection d'une seringue de Koch d'urine dans le péritoine d'un cobaye. Résultat négatif.

6 mai 1891. Taille hypogastrique. Ballon de Petersen (250 gr.). Injection vésicale de 250 grammes. Dès que la vessie est ouverte et maintenue par quatre fils (deux supérieur et inférieur et deux latéraux), la table Trendelenburg est renversée. On voit distinctement le bas-fond, le col et les uretères; toute la surface interne est recouverte de fongosités plus abondantes sur la paroi postérieure. Grattage à la curette ordinaire. Écouvillonnage avec la gaze iodoformée. Drains parallèles. Suture des muscles, de l'aponévrose et de la peau.

Le 7 au soir et le lendemain, ascension thermique que rien n'explique. Douleur modérée, vomissements. Le 8. Température tombée, état pas mauvais, pas de douleur vésicale. Le 12. On refait le pansement, on enlève le petit drain inférieur, on enlève également les points de suture. Il existe un petit abcès sous-cutané à la partie supérieure. Le reste est réuni. Le 16. Comme depuis deux jours les tubes fonctionnaient mal, on les enlève et le résultat est une chute immédiate de la température; l'urine sort largement par la plaie abdominale. Rien ne sort par le canal. Sonde à demeure. La plaie est cicatrisée au moment de sa sortie.

Le malade, revu un an après, a un très bon état général. Il n'urine que toutes les deux heures, la douleur et l'hématurie ont complètement disparu.

OBS. II. — *Cystite douloureuse. Instillations au nitrate. Curettage vésical. Taille hypogastrique : pas d'amélioration. Taille vaginale : grande amélioration grâce à la fistulisation permanente.*

La nommée V..., âgée de 29 ans, entrée le 15 mars 1893, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 2, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents héréditaires. — Bons. Aucune trace de tuberculose chez les parents.

Antécédents personnels. — Très bonne santé antérieure. Aucune maladie grave. Très vigoureuse. Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée. Pas de grossesses. Pas névropathie.

Il y a deux ans, à la suite d'une chute, la malade ressent une vive douleur dans le bas-ventre et il se produit une rétention passagère d'urine, sans hématurie. Depuis lors, mictions plus fréquentes, mais non douloureuses. Un an après surviennent brusquement, sans cause appréciable, des hématuries abondantes et surtout terminales, de la douleur en urinant, surtout terminale. Les mictions sont fréquentes, environ toutes les heures. Les urines déposent.

La palpation abdominale la plus légère provoque de vives douleurs au niveau de la vessie. De même pour le toucher vaginal. Capacité vésicale : 40 gr.

Les hématuries ont complètement cessé, elles n'ont duré environ qu'un mois. Les mictions sont de plus en plus fréquentes et douloureuses. État général très bon. Deux examens bactériologiques négatifs, au point de vue du bacille de la tuberculose.

Traitement : Instillations au nitrate d'argent. Aucune amélioration.

Le 24 mars. *Curettage vésical*, par M. Guyon. Pas d'amélioration.

Le 13 juillet. *Cystostomie sus-pubienne* par M. Guyon. Taille verticale de 4 millim., transversale de 3 millim. de chaque côté. Suture de la muqueuse à la peau. Alternatives de perméabilité et de non perméabilité de la fistule. Pas d'amélioration des symptômes de cystite.

Le 11 novembre. *Cystostomie vaginale* par M. Guyon. Incision de 5 centim. de la cloison vésico-vaginale. Suture de la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale.

La malade ayant son sphincter vaginal d'une tonicité exagérée, il est nécessaire de laisser un drain dans le vagin pour assurer l'écoulement de l'urine, sans provoquer de contraction de la vessie.

Amélioration des douleurs vésicales. Mais les muqueuses vaginale et vulvaire et la peau du périnée sont le siège d'exulcérations dues au contact des urines et se couvrent d'un dépôt calcaire. Ces érosions sont très douloureuses et saignent facilement. Ces phénomènes sont améliorés par des onctions avec la pommade : acide salicylique, 50 centigr. ; oxyde de zinc, 10 gr. ; vaseline, 30 gr.

Bientôt la communication vésico-vaginale tend à se fermer et il ne reste plus qu'une petite fistule à l'extrémité antérieure. La malade sort le 27 janvier 1894, ne souffrant presque plus, mais perdant en partie ses urines, quoique son

sphincter vaginal suffise à en retenir une grande partie. Elle porte un urinal en caoutchouc.

Revue en mars 1894. Même état; ne souffre pas et désire conserver sa fistule vésico-vaginale, à laquelle elle remédie par son appareil.

OBS. III. — *Cystite douloureuse d'origine blennorrhagique. Taille hypogastrique. Guérison.*

Le nommé A..., âgé de 29 ans, entré le 11 octobre 1890, salle Velpeau, n° 12, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

En février 1890, première blennorrhagie avec phénomènes aigus pendant six semaines, suivie au bout de ce temps de phénomènes de cystite. Celle-ci, intense pendant un mois, s'amende un peu, mais ne guérit pas. En octobre 1890, le malade entre à l'hôpital.

Miction fréquente, dix fois par heure le jour, toutes les demi-heures la nuit; douloureuse surtout la nuit. Urines troubles, suivies de quelques gouttes de sang. Rien du côté des reins quoique le malade en ait un peu souffert, il y a quatre mois.

Les urines contiennent du pus, des cellules épithéliales très rares, altérées. Coloration simple: groupes d'organismes d'une seule espèce, semblant des gonocoques extra-cellulaires. Pas de bactéries ni d'autres microcoques. Par méthode de Gram: réaction de gonocoques: pas de bacilles tuberculeux.

Traitement. — Instillations de sublimé qui n'améliorent pas après quatre séances.

Le 27 octobre. Nitrate à 2 p. 100 en instillations tous les deux jours. Les instillations sont douloureuses, et les mictions sont toujours suivies d'une petite hématurie; elles sont un tout petit peu moins fréquentes, mais on ne peut rien gagner au delà d'un quart d'heure d'intervalle.

Le 17 novembre. On reprend les instillations de sublimé à 1/5000. Insuccès complet.

Le 1^{er} décembre. L'état est sensiblement le même qu'à son entrée. Mictions: toutes les dix minutes, nuit et jour, douloureuses. La vessie extrêmement sensible, ne peut pas contenir plus de 20 grammes, comme à l'entrée. En somme, le malade n'est pas amélioré et réclame une intervention quelconque.

Le 10. Cystostomie sus-pubienne avec grattage et cautérisation au thermo de la paroi postérieure et du col de la vessie. Le lendemain, le pansement est très mouillé par l'urine, et l'extrême sensibilité de la vessie empêche les tubes de bien fonctionner. Ablation des tubes le dix septième jour.

Le 2 janvier 1891. Pour la première fois, le malade urine un peu par la verge, mais les douleurs ont totalement disparu.

Le 4. Le malade perd à peine par la fistule; mais les mictions sont fréquentes. M. Guyon fait faire des instillations de nitrate d'argent tous les deux jours, mais le jour de chaque instillation il y a un écoulement assez abondant. La fistule est cautérisée au nitrate d'argent tous les deux jours, et se ferme.

Fin décembre. En somme, amélioration considérable, les douleurs sont absolument supprimées, les urines sont claires, la fréquence seule est restée. L'état général est excellent. Le malade se lève, peut dormir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Août 1894, c'est-à-dire quatre ans après l'opération : la guérison se maintient. État général excellent, plus aucune douleur, fréquence des mictions plus grande qu'à l'état normal. Les urines sont claires.

OBS. IV. — *Cystite douloureuse. Curettage. Taille hypogastrique. Guérison.*

La nommée Céline R..., âgée de 34 ans, domestique, entrée à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 28, le 27 février 1894, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Nulle trace tuberculeuse dans sa famille, ni dans son histoire personnelle. Aucune maladie. Pas de signes de nervosité bien nets. Plusieurs grossesses ; pour la première l'accouchement fut difficile et eut lieu à l'aide du forceps ; puis six grossesses se terminant avant terme.

C'est au cours de la huitième et dernière, vers le troisième mois (août 1892), que débute l'affection actuelle, d'abord par des pertes blanches assez abondantes et des douleurs hypogastriques, puis par des douleurs et des fréquences de la miction.

Elle entre une première fois à Necker en septembre 1892. On constate alors que la vessie est très sensible, permettant à peine une distension de 40 gr. ; les urines sont troubles. Rien ni aux reins ni aux organes génitaux. On essaie les lavages boriqués et au nitrate d'argent, qui ne sont pas supportés. Il y a une amélioration très sensible par les instillations au nitrate, mais jamais guérison complète. Cet état meilleur persiste jusqu'à quelque temps après ses couches (27 mars 1893). Mais bientôt, malgré le traitement des instillations continuées à la consultation externe, elle est obligée de rentrer à l'hôpital le 5 juin 1893. A cette date, même état.

Miction tous les quarts d'heure. Douleurs très vives pendant toute la durée de la miction, éclatant aussi spontanément après la marche, l'omnibus, le chemin de fer. Même sensibilité au palper bimanuel, au contact de la sonde, et à la distension ; à 40 gr. envie d'uriner. Les urines sont troubles, jamais d'hématurie.

Le 14 juin 1893. Curettage par l'urèthre. Malgré les recherches négatives du bacille tuberculeux, en présence de l'insuccès du traitement par le nitrate d'argent, on continue le traitement opératoire par des instillations de sublimé. La malade sort le 11 août, pouvant rester une heure sans uriner, supportant le voyage en omnibus et en chemin de fer.

Mais en décembre 1893, récurrence nouvelle, et de nouveau elle doit revenir à l'hôpital.

Entrée le 27 février 1894. C'est à ce dernier séjour, que nous avons pu l'exa-

miner. Son état est sensiblement le même qu'en juin 1893. Vessie très sensible à tous les modes d'exploration ; une distension de 50 à 60 gr. produit une douleur très vive. Les urines contiennent du pus, pas de sang. De nouveaux examens microscopiques permettent de constater l'absence de bacilles tuberculeux. Micro-organismes divers. Rien du côté des reins, sauf une mobilité au deuxième degré du côté droit, mais l'organe n'est ni douloureux ni augmenté de volume. Les organes génitaux sont normaux, sauf une antéversion utérine marquée. Douleur rhumatismale sur le trajet du nerf crural droit. La fréquence des mictions est très grande, surtout la nuit, elle est notée à plusieurs reprises : vingt-cinq mictions par vingt-quatre heures. Urine, 1,500 gr.

On essaie le traitement avec instillations de sublimé, qui sont douloureuses, mal supportées et finalement abandonnées le 27 mars. Puis pendant un certain temps on essaie simplement un traitement calmant : antipyrine, opium à l'intérieur.

Le 16 avril. En présence de la continuation des symptômes douloureux :

Taille hypogastrique. — Anesthésie par le chloroforme, ballon de Petersen. Lavage de la vessie à l'eau boricuée ; à la troisième seringue le liquide ressort légèrement sanguinolent. Opération très facile et sans le moindre incident. Une fois la vessie ouverte, on constate que les parois en paraissent saines, à peine vasculaires, pas traces de tuberculose ni d'ulcération ; elles sont souples, extensibles et non friables. Suture vésicale et aponévrotique au catgut, cutanée au crin. Drainage à l'aide des tubes Périer-Guyon et sonde à demeure.

Les suites opératoires furent des plus simples, jamais la moindre élévation thermique, le drainage est supprimé le 19 avril, et le 24 avril, jour où le deuxième pansement est fait et les crins enlevés, c'est-à-dire huit jours après l'opération, la cicatrisation est complète. Quant à la douleur, dès le jour même de l'opération jusqu'à l'ablation du drainage hypogastrique, elle disparaît complètement. Après l'ablation des drains, deux légères crises douloureuses, le 1^{er} et le 8 mai. Cela est dû à un mauvais fonctionnement de la sonde à demeure. Celle-ci est supprimée le 9 mai ; dans les premières heures qui suivent son ablation, miction très fréquente et légèrement douloureuse. Rapidement cependant les douleurs disparaissent ; mais la fréquence des mictions persiste longtemps. Au début de juin, elle urine à peu près toutes les heures ; mais son état est fort amélioré : elle ne se plaint plus de ses douleurs et peut prendre un service d'infirmière de nuit.

OBS. V. — *Cystite blennorrhagique rebelle chez un prostatique. Cystostomie. Disparition des douleurs. Maintien de la fistule nécessaire.*

Le nommé Paul L..., cordonnier, âgé de 63 ans, entré le 14 novembre 1893 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 32, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Mère morte à 81 ans d'une embolie cérébrale. Père semble être mort assez jeune de tuberculose pulmonaire. Pas de maladies antérieures, sauf coliques néphrétiques en 1875.

Blennorrhagie il y a un an (décembre 1892) ; l'écoulement a duré assez abondant pendant une quinzaine de jours, sans cependant donner lieu à de grandes douleurs. Il fut traité par des injections uréthrales ; une ou deux fois aussi le malade, trouvant que l'urine s'échappait mal, se sonda lui-même. En janvier 1893, l'écoulement étant presque tari, débutent des phénomènes de cystite assez intenses, pour forcer le malade à entrer une première fois dans le service de Necker, le 10 février 1893. Durant ce premier séjour, lavages et instillations au nitrate d'argent ; la cystite est très rebelle et il n'y a qu'une amélioration relative, les urines restent troubles, les mictions sont fréquentes, les douleurs seules sont sensiblement diminuées. Il peut quitter l'hôpital et se soigner chez lui pendant un mois.

Nouveau séjour dans le service en juillet 1893, même traitement. On a essayé aussi, devant l'insuccès relatif des instillations de nitrate, des instillations de sublimé ; mais elles ne donnent pas de meilleurs résultats. La guérison complète n'est pas obtenue.

Le malade revient pour la troisième fois le 14 novembre 1893. La cystite s'est de nouveau ravivée : fréquence de la miction tous les quarts d'heures le jour, toutes les demi-heures la nuit ; douleur vive avant, pendant et après l'émission des urines. Celles-ci sont troubles, ne contiennent pas de sang ; elles sont rendues en grande quantité (polyurie de 3 litres).

Le canal de l'urèthre est sain, la prostate un peu volumineuse, comme chez un homme de plus de 60 ans ; l'examen des reins ne révèle ni douleur, ni augmentation des organes. Les urines contiennent du bactérium coli en abondance. Pas de bacilles tuberculeux.

Le 22 novembre. *La cystostomie* est faite par M. le professeur Guyon. Celle-ci est pratiquée suivant le manuel opératoire ordinaire. Suture de la vessie à la peau. Drainage avec les tubes de Guyon ; pas de sonde uréthrale.

Les *suites opératoires* furent simples. Suppression des tubes hypogastriques qui sont douloureux. On essaie de les remplacer par une sonde de Pezzer dans la plaie, mais celle-ci ne tient pas et la vessie est laissée sans drainage. Le lendemain, élévation de température ; la raison en est à ce que la vessie ne se vide pas dans le bas-fond vésical. Résidu de 45 grammes environ de pus presque en nature, on les retire à l'aide d'une sonde introduite dans l'urèthre. Aussi établit-on un double drainage à l'aide de sondes de Pezzer dans l'urèthre et dans la plaie hypogastrique.

Du 26 novembre au 1^{er} décembre. On fait chaque jour des lavages au nitrate d'argent à la fois par l'urèthre et l'hypogastre. Grâce à ce traitement, la température redevient normale rapidement. Mais les lavages sont très douloureux, font saigner le malade.

Du 1^{er} au 15 décembre. Pour ménager la sensibilité vésicale, on draine alternativement par l'urèthre et l'hypogastre. Mais à plusieurs reprises, on constate que s'il n'y a pas de sonde dans l'urèthre, il reste dans la vessie 20 à 30 gr. d'urine purulente.

Vers la fin de janvier le drainage hypogastrique est supprimé, la fistule se rétrécit de plus en plus.

Le 16 février, en présence d'une élévation de température, on voulut mettre une sonde à demeure dans l'urèthre, elle ne put être supportée ; du reste l'ascension thermique ne fut que passagère.

Mars 1894. Même état, c'est-à-dire pas de fièvre ; appétit bon, mais toujours miction fréquente et douloureuse avec résidu vésical. Suintement continu de l'urine par l'hypogastre. En un mot, le malade a l'inconvénient d'avoir une fistule, c'est-à-dire d'être mouillé, sans les avantages, puisque la vessie sert de réservoir et qu'il est toujours obligé de pisser par la verge.

Aucune amélioration jusqu'en août. On essaie alors à l'aide de lamineurs de dilater l'orifice ; cette dilatation est suivie d'une diminution des besoins, il recueille l'urine s'échappant par le méat sus-pubien.

Juin 1895. L'état du malade est toujours le même ; sa sensibilité vésicale est extrême au contact, à la distension (40 grammes). Grâce à sa fistule l'écoulement par l'hypogastre est continu la nuit, et le malade peut dormir sans être éveillé par les besoins de miction. Le jour, la fistule s'oblitére parfois, et la fréquence des mictions est extrême, tous les quarts d'heure. Depuis un mois, il y a de la polyurie, indice de lésions rénales probables. La vessie se vide complètement.

Malgré la persistance des troubles urinaires, l'état général est bon, et étant donnée l'impossibilité d'arriver à la guérison de la cystite, on fait porter au malade un appareil Collin pour remédier à l'inconvénient de la fistule incontinente.

OBS. VI. — *Cystite douloureuse. Instillations de nitrate d'argent. Curettage vésical. Pas d'amélioration. Taille hypogastrique. Disparition des douleurs.*

La nommée Olympe S..., âgée de 56 ans, journalière, entrée le 1^{er} juin 1894, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 24, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Père mort à 32 ans, de tuberculose ; mère morte à 75 ans, d'une maladie de foie. Pas de maladies tuberculeuses. Pas de tare névropathique. Réglée à 10 ans et demi. Cinq grossesses de 1870 à 1880, les enfants n'ont pas vécu plus de quelques mois. Ménopause à 43 ans. Jamais aucun cathétérisme.

Il y a sept ans (1887), elle a commencé à souffrir en urinant ; les mictions étaient très fréquentes et peu abondantes et tous ces symptômes étaient très marqués la nuit ; mais le mouvement exagéré les exaspérait aussi, et la malade ne pouvait supporter ni la voiture, ni le chemin de fer. Vers la même époque, début d'hématurie. Hématurie assez abondante sans cependant formation de caillots dès le début.

Depuis trois ans, l'état a empiré et alors se sont montrées de véritables crises de rétention douloureuse, survenant souvent deux fois par jour ; lorsque la crise prenait fin, il y avait expulsion de nombreux caillots et soulagement rapide. Aussi pour apaiser sa douleur, la malade a-t-elle pris l'habitude de se sonder chaque fois que ces douleurs réapparaissent.

A son entrée. — Fréquence des mictions, toutes les heures environ. Douleur intense avant d'uriner ; mais pendant l'émission même et après peu de douleur, au contraire sensation d'un grand soulagement. Crises de rétention aiguë et douloureuse le matin. Hématurie intermittente. La vessie est très douloureuse au contact de l'explorateur, à la palpation bimanuelle, à la distension (30 gr.). L'exploration amena une hématurie terminale. Les parois vésicales sont souples, non infiltrées. Les urines contiennent des leucocytes abondants, des hématies, de nombreux micro-organismes, surtout du *bactérium coli* et pas de bacilles tuberculeux. Reins normaux. Utérus petit, sénile.

Traitement : Instillations au nitrate d'argent. Celles-ci amènent une amélioration passagère (4 jours) ; mais bientôt les crises aiguës reviennent, on essaie en vain les instillations d'antipyrine à 1/25.

7 juin. Curettage. Profitant de la chloroformisation, on fait un examen soigneux de la vessie qui paraît légèrement épaissie à gauche. Les produits du curettage sont examinés ; ils ne contiennent ni bacilles, ni cellules néoplasiques. Les suites furent simples ; une hématurie assez abondante se produisit cependant pendant trois jours ; puis les urines devinrent claires. La sonde à demeure laissée en place pendant quinze jours fonctionna bien, et le malade ne souffrait que quand elle s'oblitérait. Aussitôt que la sonde à demeure fut supprimée l'état fut le même, les crises douloureuses réapparurent avec la même intensité.

La *taille hypogastrique* est une ressource employée le 28 septembre, suivant le manuel ordinaire. On peut constater alors que toute la surface interne de la vessie est tomenteuse, saignant avec abondance ; mais en arrière et à droite il existe une ulcération étendue, plus large qu'une pièce de deux francs, laissant à nu la couche musculaire et donnant lieu à une hémorrhagie assez abondante. Curettage, cautérisation avec le thermocautère. Suture de la peau à la muqueuse par quatre fils d'argent. Drainage : Guyon-Périer.

Suites opératoires. — Pas d'hématurie, simple disparition de la douleur avec le drainage. Cette disparition des douleurs persista tant que l'écoulement de l'urine se fit par la fistule, c'est-à-dire jusqu'en février 1895.

A cette époque, l'ouverture sus-pubienne se ferme complètement, les mictions redeviennent plus fréquentes et la malade perd tout sommeil ; elle imagine alors de se mettre elle-même pendant la nuit une sonde en caoutchouc rouge à demeure et les douleurs disparaissent.

Elle revient à l'hôpital le 22 avril 1895 ; la fréquence, la douleur des mictions existent comme avant la cystotomie hypogastrique ; l'hématurie seule a définitivement disparu. La douleur à la palpation est très vive, moindre au contact, excessive à la distension : 10 centim. cubes.

Étant données cette absence complète de capacité vésicale, l'amélioration par la fistulisation hypogastrique et la sonde à demeure, on crée une fistule permanente vésico-vaginale, le 9 mai 1895.

Après cette cystostomie vaginale. Suites opératoires, disparition des douleurs, mais à la suite, pendant dix jours, élévation de température 39° avec congestion pulmonaire.

Le 21 juin 1895, la malade tout à fait remise quitte l'hôpital ne souffrant plus, ses urines passant par l'ouverture vaginale.

OBS. VII. — *Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique. Amélioration très légère passagère. Mort deux ans après.*

Le nommé Eugène B..., âgé de 50 ans, entré le 31 janvier 1887, salle Saint-Vincent, lit n° 20, service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.

Antécédents. — A 41 ans, purpura hémorrhagique; en 1883, à la suite d'un refroidissement, une bronchite qui, au dire du malade, aurait entraîné assez longtemps. Pas de toux, pas de sueurs nocturnes. Hypochondriaque au delà de toute expression; le malade prétend avoir eu une hémoptysie. Rien ne peut faire admettre cette affirmation. En 1870, chancre mou, jamais de blennorrhagie; excès vénériens pendant cinq ans. Excès alcooliques depuis 5 ans.

Le malade vint à Necker pour des accidents dont voici l'histoire : Au mois de septembre 1886, sans aucune cause occasionnelle, le malade commence à souffrir à la fin de la miction. Cette douleur n'avait pour siège ni le canal, ni le gland, mais le bas-ventre. La marche exagérât un peu cette douleur, la voiture ne produisait rien.

En octobre 1886, le sang apparaît pour la première fois à la fin de la miction. Cette hématurie est peu abondante et ne consiste que dans quelques gouttes de sang, elle ne reparait d'ailleurs que de loin en loin (3 fois en 3 semaines), et cela sans cause apparente. En même temps que fréquence des mictions : douze fois par jour autant la nuit. Le repos améliorait beaucoup ces symptômes, la nuit la douleur étant presque nulle, même pendant la miction; dès que le malade se levait, elle reparaissait beaucoup plus vive, peu à peu les mictions devenaient de plus en plus douloureuses et fréquentes. La persistance de tous ces troubles et leur résistance à tous les traitements firent tomber le malade dans la plus profonde hypochondrie.

A son entrée à l'hôpital, l'état général est satisfaisant; l'appétit est bon; il n'y a pas d'amaigrissement.

Urèthre libre, seulement un peu de spasme à la portion membraneuse. La vessie est douloureuse au contact de l'explorateur, peu douloureuse au doigt rectal même avec palpation hypogastrique.

La prostate, les vésicules séminales, les épидidymes et les reins sont absolument normaux. Les urines sont légèrement troubles et purulentes.

L'auscultation des poumons est négative, mais l'examen bactériologique, fait par le docteur de Gennes, est affirmatif, il y a des bacilles de Koch dans l'urine. L'examen, répété le 13 février, démontre dans l'urine l'existence d'une quantité considérable de bacilles. Et tour à tour on essaie différents traitements : Instillations au nitrate d'argent, éther iodoformé, iodoforme à l'intérieur; tout est inutile, et, au contraire, le traitement local produit une aggravation de l'état douloureux. Toutefois, le traitement spécial par l'iodoforme à l'intérieur est

prolongé jusqu'à la fin du mois. A cette époque, l'examen des urines, refait par M. le docteur de Gennes, prouve l'existence d'une quantité énorme de bacilles, aussi nombreux qu'au premier examen.

Le 30 avril. Cystotomie sus-pubienne par M. Guyon. Ballon rectal. Incision cutanée de 10 à 12 centimètres. Relèvement du péritoine. Incision de la vessie; la surface interne de la vessie se présente avec une coloration rouge intense généralisée avec quelques apparences fongueuses au niveau du col et sans ulcération appréciable. Un grattage sévère est pratiqué dans toute l'étendue de la surface vésicale, une profonde cautérisation au fer rouge est faite au pourtour du col. Suture de la vessie au catgut, deux points à l'angle inférieur, tubes-siphons au-dessus, achèvement de la suture vésicale. Suture des muscles au catgut. Suture de la peau et de l'aponévrose au fil d'argent. Iodoforme, lavage. Les suites opératoires sont des plus simples, pas de fièvre, pas de réaction locale, bon fonctionnement des tubes, qui ne sont enlevés que le quinzième jour (5 mai).

A cette date, de très nombreux bacilles sont encore trouvés.

La sonde à demeure est placée le 15 mai, mais elle ne fonctionne pas très régulièrement tout d'abord; à ce moment et pendant cinq jours, le malade présente des troubles gastriques dus à l'iodoforme.

Le 3 novembre, une fistule persiste encore, la vessie est toujours douloureuse. Instillations au nitrate d'argent à 3 p. 1000 tous les jours. Deux examens des urines: dans les deux cas on n'a plus trouvé de bacilles.

Le 31 décembre 1887. Suture de la vessie, deux fistulettes persistent.

Le 20 juillet 1888. Cautérisation des fistules avec le galvano-cautère.

A partir de juillet 1888, on a cessé toute espèce de traitement local, ce traitement n'amenant aucune amélioration.

Le malade s'est alité au commencement de 1889 parce que la station debout et la marche exaspéraient ses douleurs et que l'urine coulait alors presque toute par les fistules persistantes de la région sus-pubienne. Peu à peu, son appétit a disparu, il s'est mis à maigrir, à s'affaiblir de plus en plus, et il s'est éteint dans le coma le 22 juillet 1889.

AUTOPSIE, le 23 juillet (vingt-quatre heures après la mort) — Le foie est un peu gros. Poumons absolument sains.

Les reins sont enveloppés d'une masse énorme de tissu cellulaire adipeux. Le tissu rénal est entièrement adhérent à l'enveloppe cellulo-adipeuse, qui mesure 2 à 5 centimètres d'épaisseur. Le rein droit présente des lésions de néphrite suppurée. La région médullaire est creusée de cavités remplies de pus avec nombreux calculs blancs, friables, phosphatiques. Pas trace de noyaux caséux ni de granulations tuberculeuses.

Le rein gauche est transformé en une vaste poche purulente à loges séparées par des cloisons incomplètes. La coque rénale ne dépasse pas quelques millim. d'épaisseur. Aucune trace de lésions d'apparence tuberculeuse. Il n'existe pas de communication entre l'intérieur de la cavité et l'uretère correspondant, lequel se termine en cul-de-sac au niveau du hile.

L'uretère droit, dilaté, a sa surface interne violacée, il est rempli d'un liquide purulent. L'uretère gauche non dilaté est vide.

La vessie, extrêmement petite, contient à peine quelques centim. cubes de liquide; sa cavité communique par une étroite fistule avec l'extérieur, au niveau de la cicatrice de taille sus-pubienne. Les parois vésicales sont épaissies, on n'y découvre ni ulcérations, ni granulations à leur surface ou dans leur épaisseur; en un ou deux points la muqueuse est un peu grenue (ces points seront examinés au microscope). La coloration de cette muqueuse est un peu rouge, violacée, ecchymotique par places.

Les vésicules séminales forment derrière la vessie une masse volumineuse, mal délimitée, renfermant des foyers caséeux et de petites cavités purulentes. La prostate est très peu volumineuse, d'aspect normal à la coupe.

Noyaux caséeux dans un des *épididymes*.

L'examen microscopique confirme en tout point les données par l'examen à l'œil nu. La vessie ne montre aucune lésion tuberculeuse. Les vésicules séminales seules sont farcies de tubercules.

OBS. VIII. — *Cystite tuberculeuse. Blennorrhagie ayant aggravé la tuberculose vésicale. Cystostomie sus-pubienne. Amélioration passagère. Retour des douleurs.*

Le nommé Joseph B..., 21 ans, briquetier, entre le 13 août 1894, à l'hôpital Necker, salle Civile, n° 8, dans le service de M. le Dr Ricard, suppléant M. le Dr Routier. Il a maigri beaucoup depuis quelque temps, se plaint d'avoir des envies fréquentes d'uriner, et des douleurs très violentes au moment de la miction.

Les *antécédents* ne présentent rien de particulier; il a quatre frères et quatre sœurs bien portants: ses parents ne paraissent pas avoir été tuberculeux. Il a joui lui-même d'une excellente santé jusqu'en 1892, n'a jamais toussé; il se livre à de fréquents excès d'alcool et de coït.

A la fin de 1892, à la suite d'un refroidissement, dit-il, il remarque qu'il est obligé d'uriner plus fréquemment que d'habitude, les mictions sont un peu douloureuses, et reviennent toutes les demi-heures. La miction ne suivait pas immédiatement l'envie d'uriner, et la fin en était marquée par une douleur extrêmement vive dans la région hypogastrique et la région périnéale, qui obligeait le malade à garder une immobilité absolue pendant 20 à 30 minutes au moins. Les urines étaient troubles, déposaient assez abondamment.

Le jet terminal était accompagné de quelques gouttes de sang. Il se traita d'ailleurs lui-même, en se faisant des injections uréthrales quodidiennes au vin aromatique qui semblèrent améliorer son état.

En juillet 1893, une blennorrhagie survint ne présentant aucun caractère particulier, mais qui dura jusqu'en octobre 1893; à cette époque, il entra à l'hôpital du Midi, avec un écoulement léger, mais avec des douleurs très vives dans

la région de la vessie, la cystite avait repris une intensité plus grande encore qu'auparavant.

Au Midi, le diagnostic resta indécis, et l'on pensa successivement à une cystite tuberculeuse et à une cystite blennorrhagique. Il demeura pendant un mois à l'hôpital, gardant le repos au lit, soumis au régime lacté absolu, traité par des instillations au nitrate d'argent et des lavages boriqués de la vessie. Il sortit un peu amélioré, mais l'amélioration dura peu de temps; car en novembre 1893, il entra à Necker, salle Civiale, avec des douleurs hypogastriques aussi violentes que par le passé. On institue un traitement analogue à celui du Midi et, le 11 juin 1894, il sort, souffrant beaucoup moins, les urines devenues plus claires.

Enfin, le 13 août 1894, il revient salle Civiale, avec les mêmes symptômes de cystite douloureuse. Les hématuries du début ne se sont pas reproduites, mais la miction, devenue du plus en plus reprochée, a lieu toutes les cinq minutes, entraînant la privation absolue de tout repos et de tout sommeil. Un spasme urétral, survenant de temps en temps, donne lieu à une rétention presque complète d'urine. Celle-ci est purulente, trouble et dépose très abondamment. L'auscultation ne révèle aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le toucher rectal décèle quelques noyaux durs, isolés dans les vésicules séminales. Ce malade fut traité pendant quelque temps par le repos, le régime lacté absolu, les instillations; mais devant la persistance de symptômes douteux, on se décida à pratiquer une taille hypogastrique.

7 septembre 1894, cystostomie sus-pubienne. Le malade, purgé la veille, et placé dans la position déclive de Trendelenburg; pas de ballon de Petersen, pas d'injection vésicale. Incision de 8 centimètres verticale, se terminant au pubis, sur la ligne ombilico-pubienne, incision de même longueur de la ligne blanche et du fascia transversalis; les bords internes des muscles droits sont très rigides; introduction de l'index gauche à travers la boutonnière musculaire et recherche de la paroi antérieure de la vessie qui est trouvée facilement à la face postérieure du pubis. Incision de 12 millim. environ de la vessie; un flot d'urine s'écoule et la vessie se vide en presque totalité, aucune ulcération. — Enfin suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de l'ouverture abdominale à l'aide de huit crins de Florence traversant l'aponévrose, le bord interne des droits, le tissu cellulaire et la peau. Une sonde à demeure en caoutchouc; pansement ordinaire.

Le 8. Le malade a un peu souffert et peu dormi pendant la nuit, pas de vomissements chloroformiques.

Le 9. Absence de douleurs; le malade se sent très soulagé.

Le 15. Même état, aucune souffrance si ce n'est au méat œdédié. Le 18. Plus d'œdème de la verge; mais les douleurs vésicales semblent reparaitre. Le 30. Les douleurs vésicales ont reparu depuis quelques jours, aussi violentes qu'auparavant; piqûre de morphine.

6 octobre. L'opération ne semble donner lieu à aucune amélioration; le malade souffre beaucoup, il a repris le facies grippé qu'il avait lors de son entrée à l'hô-

pital. On revient aux injections et lavages boriqués de la vessie, attouchement au nitrate d'argent ; amélioration passagère.

Le malade, encore en traitement à l'hôpital n'a retiré aucun bénéfice de la cystostomie ; les douleurs sont actuellement aussi vives qu'auparavant, et l'on est obligé d'avoir recours, comme par le passé, aux injections de morphine.

OBS. IX. — *Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique. Insuccès.*

Le nommé P..., âgé de 26 ans, entré le 15 mai 1891, salle Velpeau, n° 33, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Son père et sa mère sont bien portants, trois frères et sœurs morts en bas âge. Pas de maladie, pas de rhume dans la première enfance. Mais à l'âge de vingt ans, pendant son service militaire, il a eu une adénite cervicale suppurée, il n'est pas resté de fistule. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie.

L'affection vésicale date de septembre 1888 (il y a 2 ans et demi). Les fréquences de la miction ont été le premier symptôme et ont apparu brusquement sans motif. Au début, le malade pissait toutes les heures, jour et nuit. Mais cinq ou six mois après, il urinait toutes les dix minutes. La fatigue ne semblait pas avoir d'influence sur le nombre des mictions, le malade prétend même qu'elle les diminuait. La purulence des urines a été aussi un symptôme de début et a apparu en même temps que la fréquence. Dans les premiers temps les urines étaient simplement louches et le dépôt était peu abondant.

Les douleurs n'ont apparu que trois ou quatre mois après le début, elles se manifestaient sous forme de brûlures à la fin de la miction. En outre, de temps à autre apparaissaient des douleurs lombaires, avec irradiations dans les fosses iliaques; cela coïncidait avec une difficulté plus grande de la miction.

Les hématuries ne se sont montrées que tardivement, un an après le début de la maladie. Le sang a toujours été rendu en quantité presque insignifiante ; c'est à peine si les dernières gouttes étaient légèrement rosées, et encore ce symptôme était-il essentiellement intermittent. Depuis cinq mois environ, ces hématuries ne se sont pas reproduites. Tels sont les symptômes du début ; à part l'hématurie, le malade les éprouve encore aujourd'hui ; cependant depuis un an, le nombre des mictions serait moins considérable.

Le malade a beaucoup maigri, et a quelques sueurs nocturnes. Mais il ne tousse pas, n'a pas eu d'hémoptysie et son appétit s'est à peu près maintenu. Le traitement a consisté en capsules de térébenthine et instillations de nitrate d'argent, qui n'ont amené aucune amélioration.

A l'entrée à l'hôpital. — Jeune homme bien développé, amaigri, ayant conservé de bonnes couleurs. Les fonctions digestives se font régulièrement. L'auscultation ne révèle aucune lésion cardiaque. Peut-être dans la fosse sus-épineuse gauche le murmure vésiculaire est-il affaibli, mais il n'y a ni souffle, ni craquements. A gauche de la parotide, au creux sus-claviculaire s'étend une chaîne

ganglionnaire surtout développée au niveau de l'angle de la mâchoire et qui soulève le sterno-mastoïdien. Le long du bord antérieur du trapèze, il existe deux cicatrices linéaires, déprimées, non fistuleuses.

Le malade pisser toutes les heures, le jour aussi bien que la nuit. Les besoins sont impérieux. La douleur n'apparaît qu'avec les dernières gouttes.

L'exploration la plus minutieuse des reins dans le décubitus latéral et dorsal ne nous permet pas de constater la moindre augmentation de volume de ces organes. La pression de la main au-dessous de la douzième côte n'est pas douloureuse. Pas de douleur sur le trajet de l'uretère. Sensation pénible quand on déprime la paroi abdominale antérieure au-dessus du pubis. Les testicules petits sont normaux, les épидидymes sans bosselures, le cordon est sain. Par le toucher rectal, la pression du doigt, même énergique, sur la face postérieure de la vessie, dans l'angle des vésicules séminales, ne provoque qu'une douleur modérée. La prostate est petite, régulière ; à droite, au niveau du col de la vésicule, il existe un nodule dur, arrondi, du volume d'un petit pois.

L'explorateur 20 franchit aisément toute la longueur du canal de l'urèthre. Douleur habituelle au niveau de la portion membraneuse, qui est assez serrée. Pas de douleur au niveau du col vésical, mais douleur manifeste quand la boule touche la paroi postérieure de la vessie. Au retour, on a la sensation d'un canal bien calibré, il n'existe pas de ressaut. Une sonde molle passe facilement, la capacité vésicale est de 80 centim. cubes. Les urines sont abondantes, franchement purulentes, odeur presque nulle, pas de sucre, quantité très notable d'albumine.

21 mai 1891. Anesthésie. Ballon rectal de 300 gr. ; 150 gr. de liquide dans la vessie. Incision médiane de 8 centim. La vessie apparaît nettement. Incision vésicale de 5 centim. Position déclive. On aperçoit de la manière la plus nette les détails de la vessie. La paroi inférieure est lisse, régulière, elle est seulement très vasculaire et sillonnée d'arborisations : la paroi postérieure et supérieure a des lésions beaucoup plus marquées, au lieu d'être lisse et régulière, elle présente une série de mamelons et d'élevures qui lui donnent un aspect framboisé. M. Guyon gratte longuement toute cette paroi supérieure avec la curette, le sang qui s'écoule est assez abondant. Écouvillonnage soigné à la gaze iodoformée. La partie supérieure garde encore cet aspect mamelonné qu'elle avait aussitôt après l'ouverture de la vessie. Les points les plus saillants sont touchés au thermocautère, une éponge imbibée de chlorure de zinc à 1/10 est promenée sur toute la surface vésicale.

Suture de la vessie par quatre points de catgut, drains parallèles, deux plans de suture musculo-aponévrotique. Les suites opératoires furent simples ; le malade quitte l'hôpital souffrant encore.

Nous n'avons pas pu nous procurer des renseignements sur son état depuis la sortie.

OBS. X. — *Cystite tuberculeuse ancienne. Ulcération très profonde de la vessie. Insuccès de tout traitement. Cystostomie. Disparition complète des douleurs. Mort 8 mois après.*

Le nommé Jean J..., âgé de 44 ans, cocher, entré le 30 avril 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 23, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Père bien portant. Mère morte à la suite de couches. Huit frères et sœurs bien portants. Pas de blennorrhagie. Pas de syphilis.

Les premiers troubles urinaires remontent à 1880. A cette époque, les mictions devinrent fréquentes ; le malade était obligé d'uriner toutes les demi-heures le jour et souvent la nuit. Les mictions en même temps étaient douloureuses au début et à la fin. A deux ou trois reprises, le malade eut des hématuries, sans cause. Elles duraient une seule miction et ne dépassaient guère, en quantité, le contenu d'un verre ordinaire. A la miction suivante, les urines étaient normales, non teintées. A cette époque, les urines étaient troubles ; elles laissaient un dépôt au fond du vase. Les courses en voiture exaspéraient ces douleurs, et pendant treize mois le malade dut renoncer à son métier, qui l'obligeait à monter constamment à cheval. On lui conseilla un séjour à Contrexéville. Il y resta un mois et en revint guéri. Disparition complète des douleurs et de la fréquence de la miction.

Cette amélioration dura jusqu'en 1890. A cette époque, les symptômes reparurent. Les mictions redevinrent fréquentes, le malade fut bientôt obligé d'uriner deux à trois fois par heure le jour et plus souvent encore la nuit. Les mictions devinrent aussi douloureuses au début qu'à la fin. Par intervalles, la douleur disparaît, la fréquence seule subsiste. Les urines sont constamment troubles.

Depuis 1890, ces symptômes ont augmenté progressivement d'intensité. Actuellement, la fréquence est telle que le malade est obligé de porter un urinal. Les mictions sont très impérieuses et très douloureuses. Une fois par mois environ, le malade urine du sang en petite quantité mélangé à l'urine, au début de la miction, jamais à la fin. Depuis trois ans, il a cessé son travail, mais en dehors de l'état vésical, il se porte d'une façon satisfaisante. Les forces sont normales, l'appétit conservé, le sommeil tranquille, les digestions aisées. Le 14 avril. Le malade vint à la consultation. Urine trouble à dépôt purulent abondant. Réaction acide. Leucocytes en grande quantité. Hématies. Cellules épithéliales de la vessie. Quelques bactéries. Pas de bacilles tuberculeux.

Il fut soumis au traitement suivant : pilules créosotées, bains salés, lavements laudanisés. Instillations au sublimé à 1/5000.

Le 30 avril, le malade revient dans le service et entre salle Velpeau. Le traitement n'a produit aucune amélioration notable ; il urine vingt fois le jour et dix fois la nuit. Les mictions sont extrêmement douloureuses. Canal sensible. Les explorateurs 22 et 20 ne passent pas. Une boule n° 14 ne rencontre pas d'obstacle dans toute la longueur du canal. Spasme facilement franchi.

Douleurs au niveau de la prostate et du col de la vessie.

La vessie contient environ 30 grammes d'urine. Sensibilité vive à une disten-

sion de 40 grammes. La prostate est bosselée, et renferme des noyaux durs des deux côtés, surtout à gauche.

Vésicules : la droite, un peu indurée, pas très volumineuse ; la gauche, légèrement perceptible. Dans l'épididyme droit, quelques noyaux. Le testicule droit a augmenté de volume, il y a 18 mois. Il a diminué depuis. Les reins sont normaux. Urine trouble. Réaction acide. Très rares micro-organismes (quelques diplocoques). Pas de bacilles tuberculeux. L'examen bactériologique, plusieurs fois répété, n'a jamais permis d'en constater. Le traitement institué est l'ins-tillation de sublimé, sans aucune amélioration. En juillet, les crises deviennent de plus en plus nombreuses et douloureuses. Les instillations à 1/25 n'amènent aucun soulagement ; les piqûres de morphine elles-mêmes ne produisent qu'un repos passager.

20 août. Le malade s'aperçoit qu'en pissant, il émet des gaz par l'urèthre ; pas de perte des urines par le rectum.

Le 23. *Cystostomie*. — Anesthésie à l'éther, pas de ballon de Petersen ; injection vésicale très modérée. Incision cutanée. Incision aponévrotique sur la ligne blanche. Incision vésicale de 5 centimètres environ, de façon à permettre l'exa-men complet de la cavité, le bas-fond est ulcéré et fongueux ; une ulcération surtout est profonde, large comme une pièce de deux francs, laisse à nu les fibres musculaires et semble communiquer avec le rectum. La vessie est revenue sur elle-même et a les parois épaissies. Grattage des surfaces malades ; lavage à l'eau phéniquée forte et cautérisation au chlorure de zinc.

Suture partielle de la vessie à la soie, pour ne laisser qu'un orifice suffisant pour le tube de Guyon. Suture à l'aide de fils d'argent, du reste de la plaie vési-cale, de façon à affronter la muqueuse à la peau ; suture des muscles au catgut et de la peau au crin, dans tout ce qui ne répond pas à la bouche sus-pubienne.

Pansement iodoformé. Les suites opératoires furent des plus simples : jamais de fièvre ; ablation des fils le huitième jour. Dès le lendemain, les crises dou-loureuses disparaissent et on cesse complètement les piqûres de morphine, sauf une qui fut faite le quatrième jour. Tant que le malade a des tubes hypogastri-ques, il se plaint encore de quelques élancements passagers. Le 8 septembre. Suppression des tubes et mise d'une sonde qui n'est laissée qu'un jour. On se contente de surveiller la béance de la plaie hypogastrique et de la recouvrir d'un pansement ouaté.

Fin de septembre. Le malade est enchanté de son opération, il dort, mange et a engraisé ; les douleurs ont disparu ; incontinence complète, par l'orifice hypogastrique, qui admet facilement une sonde 22 ; quelques bourgeons d'aspect suspect l'entourent. Il ne peut être question de fermer sa fistule. Malgré l'ab-sence de bacilles tuberculeux, les lésions prostatiques et épididymaires ne laissent guère de doute sur la nature des lésions ; et le malade a à choisir entre l'incontinence et les douleurs.

Cette amélioration des symptômes douloureux persista ; mais la marche de la tuberculose continue à progresser, et mort le 20 avril 1895.

AUTOPSIE, le 21 avril. — L'urèthre est normal ; la prostate augmentée de volume présente des lésions tuberculeuses très avancées. La vessie, petite, à paroi épaissie, offre de nombreuses ulcérations tuberculeuses.

Le rein droit est congestionné sans lésions bacillaires; et son uretère est normal. Le rein gauche présente de nombreuses cavernes ayant détruit la substance médullaire, la majeure partie de la substance corticale est conservée. L'uretère gauche est dilaté et épaissi avec péri-urétérte, pas de lésions tuberculeuses de sa muqueuse.

Poumon droit : est creusé de cavernes surtout marquées au sommet. Le poumon gauche est normal. Le péritoine présente des granulations tuberculeuses, surtout marquées au niveau du petit bassin.

OBS. XI. — *Rétention aiguë avec fausses routes. Impossibilité de cathétérisme. Cystostomie, cathétérisme rétrograde. Guérison.*

Le nommé Jules E..., tailleur, âgé de 37 ans, entré le 19 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 6, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Fièvre intermittente à sept ans. Blennorrhagie il y a douze ans, goutte militaire depuis. Depuis dix ans, urine mal (jet en tire-bouchon). Après la miction, il sort encore quelques gouttes d'urine. La miction n'est pas douloureuse. La miction est fréquente : deux-fois la nuit, dix fois dans la journée.

Première rétention survenue, il y a trois ans, brusquement, dans l'après-midi. Elle dura quatre heures et passa sans qu'on ait dû sonder le malade. Seconde rétention, il y a deux ans, également dans l'après-midi, dura trois heures, un bain de siège la fit passer. Troisième rétention, le 18 juillet, dans la nuit, celle-ci ne passa pas par les bains; des tentatives de sondages créent une fausse route. Devant l'impossibilité complète de sonder, on se décide à intervenir immédiatement, le 19 juillet 1894.

Sous le chloroforme. *Cystotomie* par M. Albarran : Par l'ouverture faite à la vessie on essaie le cathétérisme rétrograde, d'abord avec une sonde molle, mais c'est complètement impossible, puis avec une sonde sur mandrin, même impossibilité. Introduction d'une sonde par le méat urinaire jusqu'à la fausse route; l'extrémité de la sonde arrive alors assez près du col de la vessie pour qu'on puisse la saisir. On arrive ainsi à mettre une sonde à demeure. Suture de la paroi vésicale et de la paroi abdominale.

Les *suites opératoires* furent très simples. Au bout de huit jours, on retira la sonde à demeure; comme il se fit une légère fistule au niveau de la plaie, la sonde fut remise, et la cicatrisation était complète le 10 août.

OBS. XII. — *Tuberculose urinaire. Infection secondaire grave, purpura, etc. Cystostomie sus-pubienne. Mort.*

Le nommé Ernest J..., employé de commerce, âgé de 27 ans, entré le 5 juillet 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 2, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Vers 7 ans, le malade contracta les fièvres paludéennes et les accès se reproduisirent pendant trois ans. A 10 ans, il eut une hémorrhagie nasale très abondante, et depuis le malade est resté sujet aux épistaxis. Il y a cinq

ans, le malade fut pris d'hématurie sans cause et pendant les deux années qui suivirent les urines étaient de temps à autre mélangées à du sang. Cette hématurie était du reste abondante et donnait lieu à des caillots. Peu après le début de cette hématurie, se produisit une épидидymite terminée par abcès. Depuis cette époque, les mictions sont fréquentes, mais peu douloureuses. Elles se produisent le jour, environ toutes les dix minutes; la nuit souvent le malade ne sent pas les besoins de miction et urine sous lui. Depuis trois semaines la difficulté à uriner a augmenté, et le malade pisse goutte à goutte.

A son entrée le malade est en pleine hématurie, la vessie est distendue et douloureuse. L'état général est mauvais, le malade est considérablement affaibli. Depuis quatre jours, anorexie complète. Vomissements.

Un explorateur n° 20 passe aisément dans le canal. Une sonde molle ne laisse écouler qu'une petite quantité d'urine, mais une sonde métallique évacue une quantité considérable de caillots noirâtres volumineux. L'aspiration est nécessaire pour vider la vessie. La prostate et les vésicules sont normales, mais l'épididyme des deux côtés est bosselé et dur.

La vessie ne présente aucun épaisissement de la paroi; elle est uniformément souple. La contracture des muscles ne permet pas de palper les reins. Pas de lésions pulmonaires. Arythmie cardiaque très marquée, pas de fièvre, pouls rapide.

Dimanche, 8 juillet, l'état reste le même. Hématurie persiste, et on doit faire l'évacuation par aspiration. Le lendemain, la température est montée à 39°. L'état général empire. Evacuation avec la sonde métallique de très nombreux caillots, en partie putréfiés et donnant lieu à une odeur infecte.

Le 10. Sonde à demeure est fixée et lavages très fréquents toutes les trois heures journallement. Sortie par la sonde de fragments sanguins analogues aux précédents. Odeur toujours forte. La température baisse, mais l'état général reste toujours le même, état typhique, langue sèche, etc. Épistaxis abondantes et s'étant reproduites, si bien que l'on fait le tamponnement avec de la ouate trempée dans une solution d'antipyrine.

Le 14. On retire la sonde, mais la température remontant aussitôt on la remet immédiatement.

Les jours suivants, le malade présente une éruption généralisée sur les membres et sur la face; le front est indemne. Cette éruption existe encore sur la partie supérieure du thorax et sur le dos, mais ne s'étend pas sur l'abdomen. Elle est formée de taches nettement isolées sur les membres, ne s'effaçant pas par la pression. En un mot, c'est un purpura généralisé. La rate n'est pas grosse. L'épistaxis s'est répétée, mais l'hématurie a cessé, les urines sont claires. État général toujours très grave, gêne de la déglutition et dyspnée, pouls irrégulier.

Le diagnostic est toujours incertain. On se demande si on est en présence d'une infection généralisée se traduisant par l'hématurie, purpura et épistaxis? ou si le malade est primitivement un urinaire, avec l'hématurie, puis infection gagnant de la vessie toute l'économie? On penche vers cette deuxième hypothèse et on fait la *cystostomie* sans chloroforme, le 16 juillet.

Lavages de la vessie au sublimé. Injection de cocaïne sur le trajet de l'incision (solution à 1 p. 200 deux seringues). Incision couche par couche jusqu'à

la vessie. Incision de la vessie au bistouri agrandie avec des ciseaux. Vessie fixée par deux fils suspenseurs, suture de la muqueuse vésicale à la peau. Suture des muscles par deux points de catgut, un au-dessus et un au-dessous de l'ouverture de la vessie. Drainage de la vessie par les tubes de Guyon-Périer. Pansement : Gaze salolée.

Le lendemain, le malade se déclare soulagé, mais en réalité aucune amélioration. La température s'est élevée, langue sèche, état typhique avec carphologie.

Mort à une heure du soir.

AUTOPSIE, le 18 juillet à cinq heures.

Poumons : Rien, mais deux ganglions du médiastin ont subi une transformation caséuse. Cœur : pas de lésions valvulaires, hypertrophie cardiaque marquée. Foie normal. Rate de volume normal, mais présentant de nombreux infarctus dont la teinte noire tranche sur le reste du parenchyme. Ganglions iliaques caséux.

L'uretère droit est dilaté dans toute son étendue, depuis l'orifice vésical jusqu'au bassinnet. Les parois en sont minces et souples. Le bassinnet est dilaté également, contenant un liquide louche; la substance rénale présente une épaisseur assez grande; la décortication est facile, mais sous la capsule existent de nombreux abcès du volume d'un grain de chènevis. Le rein gauche est de volume à peu près normal, mais bosselé et entouré d'une couche graisseuse assez abondante; à la coupe, il est transformé en une poche remplie de matière caséuse; aux deux extrémités du rein deux cavernes sont encore en partie indépendantes de la collection médiane. Uretère : dans les cinq centimètres qui font suite au bassinnet il est entièrement oblitéré et transformé en un cordon fibreux. Deuxième oblitération au niveau des vaisseaux iliaques. Entre ces deux points oblitérés, l'uretère est dilaté par de la matière caséuse.

La vessie est fortement ecchymotique sur toute son étendue; pas d'ulcération profonde. La présence de ces ulcérations et l'absence de sang dans le bassinnet font penser que l'hématurie devait être vésicale sur sa partie antérieure; à deux doigts du col, orifice de la cystostomie déprimé en doigt de gant.

La prostate et l'urèthre sont normaux.

En résumé : Tuberculose du rein et de l'uretère du côté gauche. Tuberculose de la vessie. Infection secondaire du rein droit avec dilatation déjà ancienne.

OBS. XIII. — *Calcul de la vessie. Infection urinaire. Cystostomie. Mort.*

Le nommé Baptiste J..., vigneron, âgé de 67 ans, entré le 17 juillet 1894, à l'hôpital, salle Velpeau, n° 12, service de M. le professeur Guyon.

Aucun antécédent à noter. Depuis quatre ans, symptômes de calcul vésical, caractéristiques : douleurs des mictions, arrêt brusque du jet d'urine, hématurie, colique néphrétique, etc.

A son entrée à l'hôpital : homme vigoureux, pas de fièvre. Urèthre libre. Vessie saine, contenant un calcul volumineux, dur. Prostate normale. Urines claires.

Le 20 juillet. Le soir, frissons et élévation de température à la suite d'un examen endoscopique.

Le 21. Fièvre persiste. On met une sonde à demeure, lavages à la solution de nitrate d'argent à 3 p. 100. Le 22. Même état. En présence des phénomènes d'infection urinaire, taille hypogastrique. Incision vésicale assez longue pour permettre l'extraction du calcul urique, très dur, ayant 4 à 5 centim. de longueur sur 2 de largeur. Suture partielle de la plaie vésicale, pas de suture de la vessie à la peau, les lèvres vésicales sont simplement unies au muscle. Drainage avec les tubes de Guyon-Périer. Pansement iodoformé. Le soir, lavage vésical.

Le 23. Même état, même traitement. Le 24. Chute brusque de la température, l'état général est satisfaisant, urines pas très abondantes. Le 25. État toujours satisfaisant, quelques vomissements. Le pansement est fait pour la première fois, suppression du drainage hypogastrique. Le 26. État moins bon.

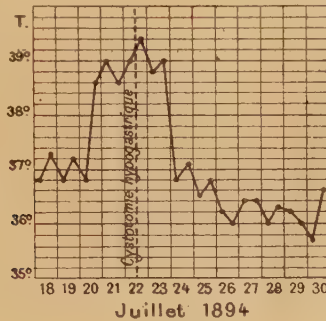


FIG. 1.

Vomissements persistent, pas d'appétit, urines très peu abondantes et troubles. Température au-dessous de la normale. Pas de douleur rénale. A partir de cette date, affaiblissement progressif, vomissements, état sub-comateux, anurie presque complète. Mort dans le coma le 31 juillet.

AUTOPSIE. — Poumons : congestion aux deux bases. Cœur : un peu d'athérome. Foie et rate, urètre, prostate : rien à noter.

La vessie est à parois très épaisses et montrant une série de cellules de la taille d'une noisette à une noix ; la plus développée de ces cellules se trouve en arrière du muscle interurétéral. Toutes ces cellules sont remplies de pus, qu'un lavage vésical énergique n'enlève pas et que l'on ne peut vider que par une poussée assez forte sur la face externe de la vessie. Il est évident que le drainage et les lavages ne pouvaient évacuer ce pus durant la vie. L'uretère du côté droit est largement dilaté et plein de pus ainsi que le bassin. Toute la muqueuse de ces conduits est enflammée et présente une arborisation vasculaire très développée. Le rein est de volume normal, rouge violacé, sans abcès miliaires.

L'uretère et le bassin gauche ne renferment pas de pus. Petit calcul urique à la partie supérieure de l'uretère. Les reins sont congestionnés sans abcès, avec des lésions de néphrite descendante aiguë.

OBS. XIV. — *Hypertrophie de la prostate. Hématurie. Infection vésicale. Cystotomie. Cessation de l'hématurie. Guérison.*

Le nommé P..., âgé de 64 ans, entré le 12 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Civiale, n° 11 bis, service de M. le Dr Routier.

Pas d'antécédents héréditaires. Depuis un an, le malade éprouve de la difficulté des mictions, surtout le matin, mais néanmoins c'est le 12 juillet que pour la première fois il est pris d'une rétention aiguë, ayant duré douze heures.

Le 12 juillet au soir, à son entrée, il est sondé. On retire ainsi une assez petite quantité d'urine. Une sonde à demeure est placée durant la nuit. Le lendemain, la vessie est encore en distension quoique, au sortir d'un bain, le malade ait uriné un peu de sang. L'urèthre présente un rétrécissement au niveau de la région bulbaire, et une bougie filiforme passe avec difficulté. La prostate est grosse et dure; le rein droit est peut-être augmenté de volume?

Le 13 juillet. Uréthrotomie interne. Sonde à demeure. Tout se passe bien, pas de fièvre, jusqu'à l'ablation de la sonde, quarante-huit heures après (15 juillet). Le 16. Le malade n'a pas uriné depuis la veille; la vessie est distendue. On fixe de nouveau la sonde à demeure. Le 18. Sans cause, hématurie très abondante; température 38°,2. Lavages vésicaux. Du 19 au 21, la température est redevenue normale, l'état général est bon. Les urines sont claires, plus de sang, un peu de pus. On supprime la sonde à demeure.

Le 21 juillet. Nouvelle crise de rétention aiguë, on sonde le malade. Le 22. État satisfaisant. La température reste normale; les urines, que l'on évacue par cathétérisme, sont sanglantes et contiennent seulement du pus. Le 25. Après un cathétérisme, hématurie abondante, lavages vésicaux; sonde à demeure. Du 26 au 27, l'hématurie persiste et va en s'accroissant.

Le 28. En présence de l'insuccès de la sonde à demeure et pour combattre l'hématurie, *cystotomie sus-pubienne*. Cette cystotomie fut faite suivant le manuel opératoire ordinaire, sauf l'incision vésicale qui fut pratiquée, non pas près du pubis, mais assez haut. Les suites furent très simples, l'hématurie cesse et le 13 août le malade peut se lever.

OBS. XV. — *Carcinose prostatique. Cystite avec hématurie. État demi-cachectique. Rétention complète d'urine.*

G..., âgé de 52 ans.

Les troubles urinaires remontent environ à un an; depuis ce temps, les mictions sont difficiles; il y a onze mois, se déclare même une rétention complète nécessitant un cathétérisme à la suite duquel éclata une hématurie. Le malade entre alors à la maison Dubois; au bout de vingt-huit jours il en sort légèrement amélioré, ne pissant plus de sang, mais forcé de se sonder.

Depuis quatre ou cinq mois, son état s'aggrave, le malade se plaint de dou-

leurs dans les reins, dans l'hypogastre. Il s'amaigrit, et inquiet consulte le Dr Hartmann en juin 1894. Alors on constate que le cathétérisme est facile, mais extrêmement douloureux ; les urines sont très troubles. Au toucher on reconnaît une prostate un peu volumineuse et dont la moitié gauche dure et pierreuse éveille peut-être l'idée d'une carcinose. On conseille le traitement par des lavages boriqués et des instillations de nitrate d'argent ; mais pas d'amélioration ; la première instillation de nitrate à 1/100 est très douloureuse et provoque une hématurie.

Aussi en présence de l'augmentation et de la fréquence des cathétérismes et des phénomènes douloureux, de l'altération de la santé générale, la cystostomie est pratiquée par M. Hartmann le 16 août 1894.

Chloroforme par M. Bourbon. Aide, M. Reymond. Incision sus-pubienne. Derrière le pubis on cherche à relever le péritoine après avoir injecté du liquide dans la vessie ; celle-ci intolérante expulse aussitôt son contenu. Il est impossible de relever le cul-de-sac séreux qui est très adhérent à la vessie à gauche, côté où il existe une hernie inguinale. Dans ces manœuvres le péritoine se déchire ; trois points de suture à la soie ; sous la lèvre droite de l'incision, le décollement peut au contraire être obtenu facilement et c'est là que l'incision vésicale est faite. On suture ensuite la vessie, facilement du côté gauche, où la muqueuse vésicale seule est unie à la peau, mais à droite on doit se contenter de réunir la paroi vésicale prise en masse, à la lèvre cutanée. Sonde de Pezzer par l'urèthre. Au cours de l'opération on a pu reconnaître que la portion de la vessie voisine de la paroi vésicale était indurée.

Les suites opératoires furent les suivantes : les trois premiers jours, tout est parfait ; le 19 au soir, la température monte à 38°,6 et le 20 au matin, reste encore à 38°,2 ; la sonde Pezzer est alors retirée et depuis la température reste absolument normale. Le 28 août. Malgré un peu de suppuration de la plaie, les douleurs ont complètement disparu, les urines sont à peine troubles et ne contiennent plus de sang.

A partir du 16 septembre, le malade ne mouille plus son lit pendant la nuit et se lève toutes les deux heures pour uriner. Le jour, les urines coulent constamment.

Le 21. Toujours même état ; le malade est sensiblement amélioré, les douleurs, même celles s'irradiant dans les cuisses ont disparu ; les forces et l'appétit sont revenus. Les urines sont claires ; le trajet fistuleux a une longueur de 3 à 4 centim. admettant très facilement une bougie n° 20 ; sa direction est oblique en bas, en arrière et à droite.

OBS. XVI. — *Hypertrophie de la prostate. Infection. Sonde à demeure. Taille hypogastrique. Mort.*

Le nommé Ferdinand V..., âgé de 78 ans, entré le 29 mars 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 26, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Père mort à 83 ans. Mère morte à 73 ans. Blennorrhagie à

22 ans, ayant duré environ deux mois, sans complication ni testiculaire ni vésicale et n'ayant laissé après elle aucun trouble de la miction.

Il y a quatorze ans, fluxion de poitrine, vésicatoire à la suite duquel phénomènes de cystite aiguë. Mictions toutes les cinq minutes, impérieuses, douloureuses. Les urines étaient troubles. A cette époque il consulta un médecin qui constata que sa vessie ne se vidait pas et lui conseilla de se sonder deux fois par jour avec une sonde molle. Légère amélioration, mais malgré tout les mictions restaient fréquentes la nuit comme le jour.

Depuis dix ans. Il se sonde lui-même, en moyenne trois fois par vingt-quatre heures avec une sonde molle. Toujours il peut arriver à se sonder, mais parfois avec difficulté, en se faisant saigner. Il y a huit ans, il est entré dans le service, alors lavages au nitrate d'argent, qui au bout d'un mois et demi amènent une amélioration considérable. Cette amélioration ne fut que passagère et le malade est bientôt obligé de se sonder à nouveau. Depuis trois ans, il se sonde ainsi environ toutes les quatre heures, le jour comme la nuit.

Il y a quatre mois. Première hématurie que le malade reconnaît en se sondant et évacuation d'un petit calcul, gros comme un grain de chanvre. Cette hématurie dura pendant quatre jours. L'hématurie ne se renouvelle pas, mais depuis cette époque aggravation de l'état général, perte de l'appétit et une ou deux crises pendant lesquelles le malade a souffert de la sécheresse de la bouche. Depuis deux ou trois mois aussi le malade croit s'être aperçu que de temps à autre il a de la fièvre le soir, avec langue sèche et dysphagie buccale.

Actuellement, état général mauvais, langue sèche, râles de bronchite généralisée ; le soir, température de 38°,8. Grande difficulté pour le sonder, la sonde molle ne laisse passer que quelques gouttes d'urine et il faut la réintroduire plusieurs fois avant d'arriver à évacuer une certaine quantité. Le malade souffre pendant ces manœuvres. Lui-même a beaucoup de peine à se cathétériser et ne peut le faire que debout. Les mictions sont très douloureuses et le malade se plaint de souffrir et demande une opération. On essaie cependant une sonde de Petzer à demeure, passée avec un mandrin.

Prostate énorme.

La sonde à demeure n'amène aucune amélioration, ni du côté de la fièvre, ni du côté de la douleur ; celle-ci a plutôt été accrue.

7 avril. Opération. Chloroforme. Durée vingt-cinq minutes. La vessie est garnie de 300 grammes de liquide. Incision cutanée de 8 centimètres. La vessie est trouvée facilement, fil de suspension, on constate un calcul phosphatique de la grosseur d'une noisette et une saillie prostatique énorme qui barre la partie postérieure du col et forme du côté droit une petite tumeur presque pédiculée. Suture des bords vésicaux aux muscles et à l'aponévrose par six points au catgut. L'incision cutanée est fermée au-dessous et au-dessus laissant un canal qui admet facilement l'index. On place un tube dans la vessie.

Le 8. Aucune amélioration, la fièvre le soir a été de 39°,2 ; les douleurs ont été plus vives. Le pansement traversé est refait. Le 9. L'état s'est aggravé, on supprime le drain vésical. Le pansement est remplacé par des compresses. Le

soir, le malade est dans l'agitation ; presque pas d'urine, lavage de la vessie avec du nitrate d'argent. Ballonnement du ventre. Bronchite généralisée ; fièvre et douleur persistent. Le 10. État désespéré le matin, le pansement n'est pour ainsi dire pas mouillé. Mort à quatre heures de l'après-midi.

AUTOPSIE le 11 avril 1894. — La paroi abdominale antérieure, la face antérieure de la vessie et le pubis sont enlevés en bloc, et laissés dans les rapports pour permettre l'étude de la plaie de la cystostomie. L'urètre et la vessie sont ouverts par leur face postérieure. L'urètre est sain dans toute sa portion antérieure. La prostate forme une masse énorme de 10 centim. de diamètre transversal : elle a gardé, du côté du rectum, sa forme régulière, normale. A la coupe, on constate que cette prostate est hypertrophiée dans tous les lobes : lobes latéraux formant saillie dans le canal de l'urètre, transformé en fente verticale : lobe moyen saillant, en forme de luette de la grosseur du pouce dans la cavité vésicale. Le tissu de cette prostate hypertrophiée présente un aspect lobulé, irrégulier et de consistance inégale.

A la périphérie, une zone blanche dure, régulière, fait comme une capsule à la glande : à la coupe des lobes latéraux, on voit des masses arrondies ou ovales saillir sur la surface de section : les uns blanches, dures, d'aspect fibreux, comme dans la vraie hypertrophie prostatique ; les autres plus ou moins rosées, donnant plutôt l'impression de tissu néoplasique. Dans la zone périprostatique vasculaire existent en dehors de la capsule prostatique, des espaces remplis de liquide brunâtre d'aspect hémopurulent (phlébite périprostatique probable).

La *vessie* est petite, à parois minces : sa face interne est absolument lisse, sans trace de colonnes ni de cellules. La muqueuse est d'une teinte vert foncé, ardoisée. Le sommet du lobe moyen de la prostate, saillant dans la vessie, est largement exulcéré (cystite chronique ancienne).

Dans l'excavation pelvienne, près des vaisseaux hypogastriques, on trouve du côté droit plusieurs ganglions lymphatiques volumineux, mous, rouges, d'aspect néoplasique.

Les uretères et les reins présentent des lésions analogues. Dilatation notable des uretères, qui ont l'aspect flexueux sans épaissement marqué des parois. Les reins sont entourés d'une atmosphère fibro-adipeuse épaisse et adhérente à leur capsule. Le rein *gauche* a environ son volume normal ; dilatation considérable du bassinet et des calices qui sont remplis d'urine purulente ; substance rénale très atrophiée : de grandes zones de la surface rénale sont déprimées, d'un brun rouge foncé et adhèrent particulièrement à la capsule. A la surface du rein, plusieurs petits kystes saillants remplis d'un liquide puriforme. Nulle part cependant, on ne voit d'abcès parenchymateux corticaux, ni de traînées rayonnantes de néphrite suppurée. Les lésions du rein droit sont identiques, mais le rein est très réduit de volume,

Le cœur est sain. Lésions d'athérome très prononcées étendues à toute l'aorte thoracique. Simples lésions de congestion des bases et des bords postérieurs des poumons.

OBS. XVII. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention et distension vésicale. Infection. Cystostomie sus-pubienne. Guérison.*

Le nommé Antoine D..., âgé de 61 ans, entré le 20 avril 1894, salle Civiale, n° 27, à l'hôpital Necker, service de M. le Dr Rôutier

Antécédents. — Blennorrhagie à 19 ans, l'écoulement tarit au bout de deux ans. Depuis un an, il urine deux et trois fois la nuit. Le 1^{er} avril, rétention aiguë après libations et une marche de nuit. Le malade entre à Lariboisière. Il est sondé trois fois par jour ; il ne peut uriner spontanément et a de l'incontinence nocturne. Il est envoyé à Necker où il entre le 20 avril. La vessie remonte à l'ombilic. Les deux lobes latéraux de la prostate sont gros. Le cathétérisme facile. Le malade est sondé avec une sonde en caoutchouc n° 18 ; on retire deux litres d'urine purulente. Du 20 avril au 1^{er} mai, le malade est cathétérisé tous les jours quatre fois lavage à l'eau boriquée et au nitrate d'argent au 1/500. Les douleurs sont excessivement vives à la fin du cathétérisme, alors qu'il ne reste plus dans la vessie que 500 gr. d'urine environ. Le malade supplie qu'on cesse le cathétérisme. A partir de ce moment, l'incontinence nocturne reparaît, les urines sont claires, 4 litres d'urine par jour.

Du 1^{er} au 9 mai. On cesse de sonder le malade. Il peut uriner, mais immédiatement après la miction, on retire de sa vessie de 1 litre à 1 litre et demi d'urine. Incontinence nocturne. 4 litres par jour. Urines claires. Du 9 au 15 mai le malade est sondé et lavé ; cathétérisme toujours très douloureux à la fin.

Le 15 mai. *Cystostomie sus-pubienne.* Incision cutanéo-musculaire de 10 centim. Incision de la vessie de 3 centim. Suture cutanéomuqueuse. Suture des muscles et de la peau. On met deux sondes n° 18 à demeure. Le 16 mai. Les sondes fonctionnent bien, urine hématurique. Pas de fièvre, quelques douleurs vésicales irradiant à l'extrémité de la verge. Le 21. Plus de sang dans les urines. Le 25. On enlève les deux sondes à demeure. Le malade doit se sonder par l'hypogastre toutes les demi-heures avec une sonde molle n° 18. Il ne garde que 30 gr. de liquide, l'urine s'écoule autrement sur le pubis. Le 10 juin. Appareil : Tube vésical de 4 centim. avec dilatation du côté vésical et plaque du côté du pubis. Il ne donne aucun résultat, le malade garde à peine en plus quelques grammes d'urine.

Le 25. Autre appareil, avec deux dilatations distantes de 3 centim. et obstruant bien l'orifice vésical et l'orifice abdominal du trajet. On injecte facilement 100 gr. d'eau boriquée sans qu'aucune goutte ne fuie et sans provoquer de douleur. Le malade peut marcher, se baisser ou se mettre à quatre pattes sans que rien ne s'écoule. Il débouche sa sonde toutes les heures.

Le 16 juillet. Sortie du malade. On peut injecter 250 gr. d'eau boriquée sans qu'il s'écoule une goutte par l'orifice sus-pubien. Le malade débouche sa sonde toutes les heures le jour et ne se mouille pas. Il se plaint d'être obligé de se réveiller la nuit toutes les heures pour déboucher sa sonde ; sans quoi il perd de l'urine. Il sort très bien portant.

OBS. XVIII. — *Hypertrophie de la prostate. Infection. Sonde à demeure. Taille hypogastrique. Mort par péritonite due à une ulcération de l'intestin.*

Le nommé Pierre D..., âgé de 66 ans, entré le 8 mai 1894, salle Velpeau, n° 17, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie. Il contracta, à 25 ans, la syphilis et fut soigné de ce fait à l'hôpital du Midi.

Le malade ne peut préciser l'époque à laquelle ont débuté les troubles urinaires. Il se souvient seulement que, depuis plusieurs années, il a été obligé d'uriner plus fréquemment qu'autrefois. Les mictions sont demeurées pénibles, nécessitant des efforts de plus en plus grands. Il y a six mois, crise de rétention. Le malade fut sondé, et, à partir de ce moment, il a été obligé de continuer à se sonder. Il le fait lui-même. Depuis lors il a de la fièvre et sont apparus des troubles digestifs. Il ne peut préciser depuis quand ses urines sont troubles.

Prostate : très volumineuse. Par le canal : une boule n° 19 relève une saillie considérable du lobe médian.

La vessie distendue contient 375 grammes. Urines très troubles, dégageant une forte odeur ammoniacale.

Le 9 mai. Le malade est sondé trois fois et lavé le matin et le soir à l'eau boriquée. Mais le lendemain au soir la température est de 39°,6 et on fixe une sonde à demeure. Le 11, la température a baissé, 36°,8 le matin et 38° le soir, néanmoins les troubles gastriques s'accroissent, la langue est sèche, soif constante, appétit nul, insomnie, voix pénible. Peu à peu l'état général s'aggrave et il s'établit un demi-coma.

Le 15 mai. *Cystostomie sus-pubienne*. Chloroforme. Durée de l'opération, 20 minutes. Incision cutanée d'environ 12 centim. Incision de la ligne blanche sur la même longueur. Deux pinces hémostatiques sont placées à la partie inférieure de la plaie. On arrive sur le tissu cellulaire prévésical. Refoulement du cul-de-sac péritonéal. Ponction de la vessie aussi près que possible du pubis. L'ouverture laisse passer facilement l'index. On explore la cavité vésicale. Suture de la paroi vésicale à la peau à l'aide de catgut. La vessie étant difficilement attirée, les fils sont passés directement de la muqueuse à la peau, sans traverser les muscles, l'affrontement est ainsi facile. En tout six points de catgut : deux à droite, trois à gauche et un à l'angle supérieur. Suture des muscles droits dans la partie supérieure de l'incision au catgut. Suture cutanée au crin. Pas de ballon de Pétersen. Pas de sonde à demeure, ni de drainage hypogastrique. Pansement salolé.

Le soir, la température est de 37°.

Le 16. On retire, le matin, par la sonde, 80 gr. d'urine sanglante et purulente. Lavage vésical à l'eau boriquée. Le soir on extrait 80 gr. d'urine. État général moins satisfaisant encore ; le malade est soutenu par des injections de sérum artificiel.

Le 17. État presque comateux ; 70 gr. d'urine le matin et 20 gr. le soir sont encore retirés avec la sonde introduite par l'urèthre. Le 18. État général encore baissé ; 100 gr. d'urine de résidu. Le malade n'avait pas été sondé depuis la veille au soir. Oligurie très prononcée. Le malade s'éteint à quatre heures de l'après-midi.

AUTOPSIE le 20 mai 1894. — *Appareil urinaire.* La vessie a été enlevée avec l'urèthre, la symphyse pubienne et la paroi abdominale hypogastrique. L'urèthre et la vessie sont ouverts sur leur paroi postérieure. On voit ainsi que l'urèthre est sain sur toute son étendue. Prostate uniformément hypertrophiée, mais sans saillie anormale. Vessie à parois très épaisses, plus d'un centimètre vers le bas-fond, sans loges secondaires. Au niveau de la partie antérieure, à deux travers de doigts environ du col, on voit l'orifice interne de la bouche hypogastrique. Celle-ci se présente sous l'aspect d'une fente ayant son grand axe dirigé dans l'axe de la vessie et donnant accès dans une dépression, véritable canal épaissi par la muqueuse. En disséquant la paroi hypogastrique pour voir comment la vessie est suturée, on se rend compte que la paroi vésicale a été suturée entre les muscles droits. La paroi vésicale tout entière a été ainsi entraînée et non pas seulement la muqueuse, elle et la partie musculaire sont suturées à la peau. La suture a très bien tenu, pas d'infiltration dans le tissu cellulaire péri-vésical.

Les uretères sains. Les reins un peu scléreux, pas de pyélite, pas d'abcès sous-capsulaire, se décortiquant assez bien. Atmosphère graisseuse péri-rénal.

Poumons. — Cavernes aux deux sommets. Infiltration tuberculeuse des deux lobes moyens. Adhérences pleurales très intimes, surtout à droite. *Cœur sain.* Pas d'athérome de l'aorte. *Foie* un peu gros avec péri-hépatite. Dans le péritoine on trouve 200 gr. environ d'un liquide jaunâtre. Les anses intestinales ne sont pas agglutinées, mais sont par place couvertes de fausses membranes fibreuses. Dans le petit bassin on trouve du pus jaunâtre, crémeux.

Pas d'ulcérations dans le gros intestin. Dans l'iléon, près de la valvule iléo-cæcale, on remarque deux grandes ulcérations à fond noirâtre déchiqueté, à bords un peu épaissis, taillés à pic. Pas de granulations miliaires sur la face péritonéale. Dans le jéjunum : quelques ulcérations. Une d'elle présente à son centre une perforation régulière à bords arrondis, comme taillés à l'emporte-pièce. Cette perforation mesure environ 2 millim. de diamètre et est cause de la péritonite ayant amené la mort du malade.

OBS. XIX. — *Hypertrophie de la prostate. Néoplasme vésical. Infection urinaire. Sonde à demeure. Taille hypogastrique. Mort.*

Le nommé Alexandre L..., âgé de 68 ans, entré salle Velpeau, n° 5, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon, le 13 juin 1894.

Blennorrhagie, il y a quarante ans, ayant duré deux à trois mois. Le début des premiers symptômes de prostatisme remonte à quatre ans. Fréquence de la miction ; pendant la nuit le malade se relève deux fois pour uriner. Il y a dix-huit mois se montrent quelques troubles gastriques, langue sèche, perte

d'appétit, etc.; en même temps l'état général s'est altéré et les troubles de la miction deviennent plus marqués (quatre ou cinq fois la nuit). Il y a quatre semaines, hématurie assez abondante survenue sans cause, le soir, ayant duré pendant une seule miction. En dehors de cette hématurie, les urines ont toujours été claires. Le 28 avril, brusquement dans la soirée, rétention complète durant douze heures et pour laquelle il est sondé à Bichat. Depuis cette époque, les mictions sont devenues très fréquentes, le jour et la nuit et fort douloureuses.

Le 13 juin, un nouveau cathétérisme difficile et suivi d'hématurie le décide à entrer à l'hôpital. Malade, amaigri, facies jaunâtres, respiration courte et rapide, quelques râles d'emphysème, appétit disparu, constipation, athérome très net, double hernie. Rein droit normal. On sent l'extrémité du rein gauche. Vessie très distendue, remontant à l'ombilic. Prostate : haute, volumineuse, très étalée et sans bosselures. L'urètre est libre, sauf un petit anneau au niveau du cul-de-sac du bulbe et admettant le n° 18; la traversée prostatique est longue, mais sans saillie appréciable. Urines claires.

Du 14 au 20 juin. Chaque jour les lavages sont faits matin et soir avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, à l'aide d'une sonde béquille n° 17. Sous l'influence de ce traitement, l'état général semble s'améliorer. Absence complète de fièvre, langue humide; cependant toujours anorexie complète et état d'apparence cachectique. Au point de vue local, ces lavages sont peu douloureux, les urines sont claires mais l'évacuation complète est très douloureuse, et il faut toujours avoir soin de ne pas vider la vessie entièrement. De plus à la suite de chaque lavage, il y a une polyurie très intense, et au bout d'une heure la distension est reproduite.

Le 22. État général moins bon, amaigrissement, quelques vomissements, polyurie, les urines sont toujours claires, même traitement. Le 24. État général s'aggrave encore, douleur très vive, distension vésicale se reproduisant après chaque lavage. On met une sonde à demeure. Le 25. Toujours même état, malgré la sonde à demeure, et le soir la température, restée jusque-là normale, monte brusquement à 39°. Le 26. Nuit très mauvaise, état presque comateux et plaintes continuelles du malade. La douleur semble être due à un véritable besoin d'uriner. Malgré l'état très grave, en présence des douleurs, on tente une taille hypogastrique.

Cystostomie. — Chloroforme; pas de ballon de Pétersen; 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Incision cutanée et musculaire de 10 centimètres environ, refoulement du cul-de-sac péritonéal, incision de la vessie, très près de la symphyse et sur une longueur de deux centimètres. Suture de la paroi vésicale au niveau de la partie inférieure de la plaie, de façon à affronter la muqueuse à la peau, avec quatre points de catgut. Au-dessus de la fistule hypogastrique, suture des muscles au catgut et de la peau au crin de Florence. Drainage de la vessie à l'aide d'un drain recouvert d'un pansement, pas de sonde à demeure. Pansement à la gaze iodoformée. Après l'opération, qui a duré environ un quart d'heure et avec une anesthésie très légère, le malade est très faible; injection d'éther et de 80 grammes de sérum artificiel. A la suite de cette intervention

aucune amélioration, les douleurs sont aussi vives, la température reste élevée. Cependant le drainage de la vessie était parfait, rien ne stagnait dans le bas-fond. Mort à neuf heures du soir.

AUTOPSIE le 28 juin. — Le malade ayant subi la cystostomie, l'appareil urinaire est enlevé avec la symphyse : la vessie et l'urètre sont ouverts sur la ligne médiane postérieure. L'urètre est sain. La prostate est volumineuse : hypertrophie totale surtout marquée au niveau du lobe moyen, qui fait dans la vessie une saillie arrondie, volumineuse en forme de luette. A la coupe, le tissu prostatique est blanc, dur, avec une disposition lobulée, surtout marquée dans le lobe moyen. Vessie : la face interne très fortement congestionnée est d'une coloration rouge, violacée, ecchymotique, récente ; elle présente des colonnes très accusées. La paroi vésicale est très épaisse dans la moitié inférieure ; mince au contraire dans la moitié supérieure, surtout au niveau du sommet et de la face postérieure. Au niveau de l'embouchure de l'uretère gauche existe un petit néoplasme, blanc, mou, peu saillant, ulcéré, d'aspect épithélial, formant une plaque du volume d'une pièce de deux francs environ ; l'uretère est sain au milieu. L'uretère gauche est très dilaté dans toute sa partie supérieure, dilatation simple sans épaississement des parois, ni vascularisation. A son entrée dans l'excavation pelvienne, le conduit se rétrécit et s'engage au milieu d'un noyau de tissu fibreux, rétracté, adhérent, au pourtour, qui représente un aspect de rétraction cicatricielle. A 4 centimètres au-dessus de l'embouchure existe une cassure du conduit, au niveau d'un repli valvulaire assez marqué qui gêne le cathétérisme, sans oblitérer. Au-dessous de cette cassure, l'uretère est envahi par un noyau néoplasique blanc, mou, d'aspect épithélial, qui fait saillie dans son calibre et l'obstrue presque complètement. Ce noyau ne paraît pas être en continuité directe avec le néoplasme vésical ; mais lui est presque contigu.

Rein gauche très diminué de volume : périnéphrite adipeuse assez volumineuse, peu adhérente au rein. Bassinet et calice très dilatés, à parois lisses blanches non vasculaires, à contenu urineux clair.

Parenchyme rénal très atrophié, scléreux, réduit en plusieurs points à une paroi fibreuse mince. Lésions typiques de dilatation aseptique.

Uretère droit : non dilaté, à parois un peu vascularisées et épaisses.

Rein droit : très volumineux ; surface rouge congestionnée, semée d'arborisations vasculaires, sans abcès corticaux. A la coupe : bassinet vascularisé, non dilaté. Lésions de congestion récente, intense, sans traînées de suppuration. Lésions de néphrite infectieuse récente.

OBS. XX. — *Hypertrophie prostatique. Rétention d'urine. Sonde à demeure. Infection des voies urinaires inférieures. Prostatite et orchite suppurée. État général grave. Cystostomie. Guérison.*

Le nommé François F..., âgé de 57 ans, gardien des postes, entré le

28 juin 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 5, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Toujours bien portant, sauf une fièvre typhoïde en 1860. Mais il a un passé urinaire : une première blennorrhagie à 22 ans, une deuxième à 26 ans, guéries facilement ; depuis quelque temps, c'est à peine si les mictions étaient un peu plus fréquentes la nuit. Toujours une constipation opiniâtre.

Le 25 juin 1894, le malade, après un voyage en chemin de fer, commence brusquement à uriner difficilement et avec effort. Le lendemain, il lui est impossible de pisser ; il a des contractions douloureuses et fréquentes qui aboutissent simplement à l'expulsion de quelques gouttes d'urine. Cet état persiste pendant deux jours.

Le 28. Entrée à l'hôpital. Vessie distendue, à paroi épaissie, prostate pas très volumineuse, urèthre normal, rien aux reins. On porte le diagnostic d'hypertrophie de la prostate au deuxième degré. Sondage deux fois par jour, lavages vésicaux. Sous l'influence de ce traitement, d'abord amélioration. Le malade pissant difficilement seul, mais la température étant peu élevée. Une orchite de cathétérisme se montre le 4 juillet.

Le 7 juillet. État moins bon, souffrance vive due à l'orchite et température élevée. Les cathétérismes sont douloureux et, en présence de cette irritabilité uréthrale et de la réaction fébrile, on met une sonde à demeure.

Les 8, 9 et 10. La sonde est mal supportée, il y a une suppuration uréthrale abondante et surtout la fièvre atteint et dépasse 40°. L'état général s'altère, les voies urinaires inférieures et la vessie, sont infectées.

Le 11, matin. *Cystotomie sus-pubienne*. Chloroforme, position de Trendelenburg. Ballon de Petersen. Incision cutanée de dix centimètres. Incision vésicale suffisante pour l'exploration de la cavité qui ne présente rien d'anormal. Suture de la muqueuse à la peau facile et faite à la soie. Drainage avec les tubes Périer-Guyon.

Soir, les tubes ont bien fonctionné, ils permettent des lavages fréquents, le drainage est parfait et la vessie est absolument vide. La température est de 39°.

Le 12. Température normale. Langue urinaire la veille devient humide. Du 13 au 16. Amélioration très sensible, plus de fièvre, l'orchite seule fait beaucoup souffrir le malade. On est donc en droit d'espérer une guérison rapide. On supprime le drainage hypogastrique. Les fils sont enlevés, la suture a lâché légèrement sur le côté gauche. Les 16, 17 et 18. De nouveau, température élevée ; on l'attribue à l'absence de drainage. Cependant, matin et soir, on peut constater à l'aide d'une sonde introduite soit par l'urètre, soit par la plaie hypogastrique, que la vessie est entièrement vide.

Jusqu'au 21 juillet, on se contente de faire deux fois par jour des lavages. A cette date, drainage par le méat hypogastrique à l'aide d'une sonde de Pezzer. Le 26 juillet, cette sonde est remplacé par un double tube de Guyon-Périer. L'état reste le même, la température s'élève toujours. Le 26. En examinant le scrotum, on voit que l'orchite ne s'est pas atténuée, épanchement

vaginal et surtout collection purulente épидидymaire saillante en arrière, et qui explique peut-être la température élevée. Incision et drainage.

Les 27, 28 et 29. L'évacuation du foyer purulent a été efficace et il ne reste plus que de légères oscillations. Le 30. Le malade a brusquement été pris d'une diarrhée abondante, et il a rendu par l'anus du pus extrêmement fétide. Un foyer de suppuration péri-vésicale ou péri-prostatique s'est évidemment ouvert dans l'intestin. Le 31. Évacuation purulente abondante par le rectum. En faisant le lavage de la vessie, brusquement il sort une assez grande quantité de pus très épais, nullement mélangé à l'urine. La collection pelvienne s'est ouverte donc à la fois dans le rectum et la vessie, Le toucher rectal ne donne pas de renseignement, la poche s'étant affaissée depuis qu'elle s'est ouverte. Lavage et drainage de la vessie. Purgation, naphтол à l'intérieur.

Pendant cinq jours, l'issue du pus a lieu par le méat hypogastrique ; du côté du rectum, la suppuration disparaît quelques jours plus tard. A partir du début d'août, la guérison marche rapidement ; un seul incident à signaler est l'apparition d'un petit abcès péri-urétral au niveau de la racine du gland. Incisé le 6 août, il guérit en quelques jours. Pour empêcher le malade de se mouiller, une sonde à double champignon est mise dans la fistule hypogastrique et ouverte constamment dans un urinal. On peut constater que la vessie peut contenir 120 à 130 gr. de liquide sans que rien ne suinte autour de la sonde. Au delà, le liquide s'écoule, et souvent aussi le malade sentant un besoin pressant, urine sans douleur quelques gouttes par la verge.

Dès lors, le drainage permanent est supprimé, le malade ouvre sa sonde toutes les heures ou toutes les deux heures, et n'est nullement mouillé.

Le 24 août. La sonde hypogastrique est supprimée ; légère incontinence par le méat sus-pubien pendant les premiers jours ; puis le malade, urinant par les voies normales, laisse sa fistule hypogastrique se boucher.

Le 20 septembre. Le méat sus-pubien est entièrement cicatrisé, la miction facile, non douloureuse, les urines claires. Il reste une induration volumineuse de l'épididyme du côté droit. État général parfait.

OBS. XXI. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Fausse route. Infiltration périnéale. Mort.*

Charles R..., âgé de 28 ans, entre le 21 mars 1895, salle Velpeau, lit n° 20. Blennorrhagie vers l'âge de 25 ans.

Depuis 1889, premiers symptômes de prostatisme consistant en fréquence nocturne de la miction.

En 1887, première rétention qui nécessita plusieurs cathétérismes.

Nouvelle crise de rétention durant depuis l'avant-veille de son entrée. La veille, en ville, des tentatives de sondage furent faites, mais sans aucun résultat ; elles ne réussirent qu'à déterminer des uréthrorrhagies très abondantes.

Entré salle Velpeau le 21 mars 1895 au soir. État général très mauvais,

langue sèche, température 39°. Toute nouvelle tentative de cathétérisme échoua complètement. Ponction vésicale.

Le 22 mars au matin. Même état, quoique la température soit de 36°,8 ; la vessie est peu distendue, elle remonte légèrement au-dessus du pubis ; mais par le toucher rectal on sent qu'elle s'est développée vers l'excavation sacrée. De plus on remarque une tuméfaction périnéale très étendue.

L'intervention est immédiatement décidée et acceptée. Incision du repli médian périnéal. Incision de l'urèthre, qui présente plusieurs perforations au niveau de sa paroi supérieure, tous les tissus du périnée sont noirâtres et infiltrés, bien qu'il n'y ait pas de collection bien limitée.

Après cette incision périnéale on essaye de passer une sonde par la plaie jusque dans la vessie ; on échoue. Ouverture sus-pubienne de la vessie, et fixation des bords de la plaie vésicale au bord de la plaie cutanée.

A la suite de cette intervention, nulle amélioration et mort le soir même.

AUTOPSIE le 23 mars 1893. — *Urèthre*. L'urèthre antérieur est sain. Au niveau de la région bulbaire et membraneuse, qui correspond à la plaie périnéale, l'urèthre est complètement sectionné et ouvert dans un foyer anfractueux à parois irrégulières grisâtres.

Pas d'hypertrophie prostatique.

Vessie. — La vessie est assez spacieuse, à parois peu épaisses ; muqueuse injectée par place (lésions de cystite récentes), pas de lésions de cystite anciennes. Les embouchures des deux uretères sont normales.

Reins et uretères présentent des lésions identiques des deux côtés.

Legère dilatation des uretères sans urétérite ; de même, dilatation assez notable des bassinets. Autour des reins, épaississement très notable de la couche adipeuse. Capsule propre adhérente au rein. Le tissu du rein est mou, flasque, décoloré, présentant à l'œil nu des zones étendues d'un blanc grisâtre, où l'on ne retrouve plus rien à l'œil nu de la structure rénale. Dans le rein gauche, petit abcès miliaire sous-capsulaire.

OBS. XXII. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention incomplète chronique, avec fièvre. Échec de la sonde à demeure. Cystostomie. Guérison.*

Le nommé Joseph B..., employé, âgé de 62 ans, entré le 25 octobre 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 26, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels ; pas de blennorrhagie. Le début des troubles urinaires remonte à trois ans environ et ils consistent surtout en fréquence (trois ou quatre fois la nuit) et en lenteur de la miction, pour ainsi dire pas de douleur. Troubles gastriques ; aucun appétit, salivation continuelle, de temps à autres vomissements.

Signes physiques. — Canal libre. Les urines sont abondantes, au début, claires ; mais le résidu vésical est trouble. La vessie n'est pas sensible à la distension et admet 200 gr. ; elle ne se vide pas et on trouve un résidu de 100 gr. environ

d'urines louches. Prostate pas très volumineuse. Rien d'appréciable aux reins. Dilatation de l'estomac et gastrite chronique sur lesquelles on doit mettre une grande part des troubles digestifs.

Cathétérisme bi-quotidien de la vessie et lavage au nitrate d'argent. Cachet de naphтол 0,75 et poudre de charbon. Sous ce traitement, amélioration des trou-

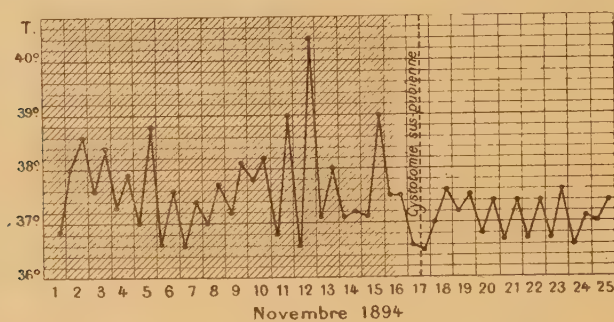


FIG. 2.

bles gastriques, mais persistance des troubles urinaires. L'infection urinaire augmente même.

Le 30 octobre. Frisson et température 39°,4. Sonde à demeure. Elle fonctionne bien pendant trois jours ; puis de nouveau, fièvre. Du 30 octobre au 17 novembre, la fièvre persiste, cessant lorsque la sonde fonctionne bien ; mais

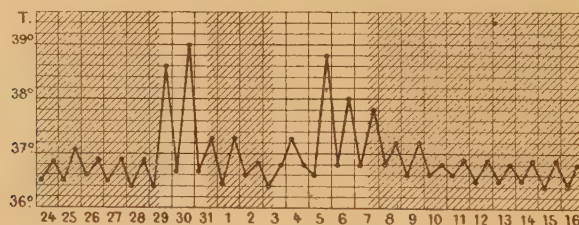


FIG. 3.

ce bon fonctionnement ne persiste pas au delà de deux à trois jours, et chaque renouvellement donnant lieu à un frisson et à de la fièvre. Par cela même on se trouve donc nettement en présence d'une infection vésicale et uréthrale et on décide de faire la cystostomie.

Cystostomie le 17 novembre. Opération type très simple avec suture cutanéomuqueuse. Drainage hypogastrique. A la suite, amélioration considérable ; la fièvre disparaît (voir fig. 2), l'état général revient très bon. La vessie se vide à peu près complètement. A un examen du malade, fait le 26 novembre, on trouve un résidu seulement de 5 grammes d'urines, encore très purulentes.

Le 27. Suppression du drainage hypogastrique. La totalité des urines continue néanmoins à sortir par le méat sus-pubien. Le 4 janvier. Réinfection, apparition de la fièvre; l'évacuation de la vessie est incomplète; 200 grammes de résidu. Celle-ci fonctionne mal, fièvre persiste. Changement de la sonde le 6 janvier, température de nouveau normale. Du 6 au 12 janvier, sonde à demeure. Température entre 36°,8 et 37°,4. Le 12. Suppression de la sonde, fièvre légère; le malade ne vide toujours pas complètement sa vessie.

Cet état persiste jusqu'au 5 avril, le malade allant bien, lorsque la sonde à demeure faisait disparaître le résidu vésical, mais la fièvre reparaisant à chaque tentative de suppression (voir fig. 3).

A partir du 5 avril, la sonde à demeure peut être abandonnée: le malade se sonde deux fois par jour, l'état général est bon; il sort le 16 mai présentant encore une fistulette au niveau de la plaie. Fistulette tantôt fermée, tantôt ouverte.

OBS. XXIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Absès urineux. Infection persistante. Incision périnéale. Uréthrotomie interne. Cystostomie sus-pubienne. Mort.*

Le nommé Claude R..., âgé de 56 ans, entré le 3 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 7, service de M. le professeur Guyon.

Syphilis en 1895, nie toute blennorrhagie.

En juin 1895. A une douleur vive au cours d'une miction, œdème des bourses, fièvre. La tuméfaction périnéale et scrotale disparaît sous l'influence de cataplasmes. Il est difficile d'avoir des renseignements précis sur cette crise, pendant laquelle le malade aurait eu un écoulement abondant.

1^{er} juillet. Subitement la miction, jusque-là assez facile, devient impossible, et le malade entre avec une rétention aiguë complète et des douleurs vives, de la fièvre. Dès l'entrée, il est facile de constater que la cause en est à un abcès nerveux volumineux. Incision immédiate de la collection et mise à demeure de deux drains « fixés au plafond ». Malgré ces incisions larges, la fièvre persiste, les urines sont troubles, le périnée reste induré, la suppuration par la plaie est abondante. Par deux fois, sous une chloroformisation légère, on désinfecte le périnée, et on élargit les incisions en détruisant plusieurs clapiers, formés surtout en arrière du côté de la fosse ischio-rectale, et on place une bougie filiforme, pour permettre une évacuation plus complète de la vessie. Persistance de la fièvre, aggravation de l'état général, œdème des jambes, langue sèche, eschare du sacrum et des talons.

1^{er} août. Uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve. Sonde à demeure n° 16. Pas d'amélioration.

Du 10 au 14 août. Les urines restent troubles. Malgré une palpation attentive, aucune tuméfaction n'est perceptible du côté des reins. L'état du malade va encore s'aggravant, langue très sèche, congestion pulmonaire; à trois reprises, frissons violents et avec fièvre, qui vont se reproduisant après chaque tentative de cathétérisme. En présence de la persistance de ces symptômes, de l'impossibilité de désinfecter la vessie, malgré la probabilité de lésions rénales, on fait en dernière ressource une taille sus-pubienne.

Cystostomie. Chloroforme. Lavage de la vessie à l'acide borique et à la solution de nitrate à un p. 1000. Incision cutanée de huit centimètres, vésicale de trois centimètres. Suture de la muqueuse à la peau par du catgut. Drainage Guyon-Périer.

Le 15. Même état, la malade est très faible ; la fièvre persiste, la langue toujours rôtie. Injection de sérum, lavages fréquents. Le 16. La vessie est très intolérante, se contractant violemment sur les drains, saignant au moindre contact, le drainage est supprimé. Le 19. Même état, les catguts se sont résorbés, et la muqueuse vésicale s'est rétractée au fond de la plaie, cystite très intense, température 39°,5. Le 20. La fièvre est remontée à 39°,5 ; après ce repos de quelques jours, on espère que la sonde de Pezzer, mise par la plaie, pourra être supportée. Lavage soigné de la vessie avec la solution de nitrate, de la plaie périnéale à l'eau phéniquée forte. Le soir, la température revient à la normale 36°,6, la langue est moins sèche. Le 21. L'amélioration de la veille persiste, mais le soir on est obligé de supprimer le drainage.

Du 22 au 28 août. Le mieux signalé ne se maintient pas, la température est moins élevée, peu à peu la cachexie augmente et le malade meurt le 28 août, dans un état demi-comateux.

AUTOPSIE. — Rétrécissements multiples de l'urèthre ; vessie petite, rétractée, sans ulcérations, double pyélo-néphrite suppurée ancienne.

OBS. XXIV. — *Rétrécissement de l'urèthre. Infiltration d'urine. Infection urinaire grave. Cystostomie sus-pubienne. Mort.*

Le nommé Félix F..., employé, entré le 26 janvier 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 16, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 32 ans, plusieurs blennorrhagies. A 45 ans, le malade eut un rétrécissement. Uréthrotomie interne en 1885. Il subit ensuite la dilatation jusqu'au Béniqué 40. Il continua à se dilater lui-même pendant quatre ou cinq mois et tout alla bien jusqu'en février 1887. Il vint à cette époque dans ce service avec un gonflement du côté gauche des bourses. A l'examen de l'urèthre, on trouva, dans la portion membraneuse, trois anneaux durs, séparés les uns des autres par un intervalle de quelques millimètres. De plus, au niveau du collet de la bourse gauche existait un orifice irrégulier, donnant issue à l'urine. Nouvelle uréthrotomie interne. Le malade a continué à se dilater pendant les trois ans qui suivirent.

Le 14 janvier 1894, les mictions devinrent douloureuses, surtout à la fin. Elles devinrent en même temps, plus fréquentes, le malade se levait douze fois pendant le jour, et six fois pendant la nuit. Les urines sont troubles depuis trois semaines, il n'y a jamais eu d'hématurie.

Le malade vint alors à la consultation : rétrécissement dans la région du bulbe, très serré, n'admettant qu'une bougie filiforme. Urines troubles et fétides ; prostate petite. Une bougie filiforme est laissée à demeure, elle s'arrête à la région scrotale ; puis on commence la dilatation, et on lave la vessie au

nitrate d'argent à 1 p. 1000. Ces tentatives de dilatation ne réussissent pas, et le malade entre dans le service.

Il se plaint d'une douleur au testicule gauche ; celui-ci est volumineux, et le premier diagnostic est celui d'orchite. Mais bientôt le scrotum a acquis un volume considérable, il atteint les dimensions d'une tête de fœtus. Sensation d'œdème sans fluctuation. La verge est œdématiée : plaque de sphacèle à gauche. Rien au périnée.

Le 29. Deux larges incisions sont pratiquées de chaque côté du scrotum, les tissus sont fortement infiltrés et laissent écouler l'urine. Une troisième incision est pratiquée à la base gauche du scrotum et un drain y est placé. Des boules exploratrices sont introduites par l'urèthre ; mais elles s'arrêtent toutes à l'angle scrotal. Une, de plus fin numéro, passe, mais fait issue à travers une rupture de l'urèthre par la seconde incision.

Le 1^{er} février. L'état général empire, la langue est sèche, couverte d'un enduit fuligineux. L'urine sort par la plaie. La suppuration est toujours très abondante. Les jours suivants, l'état du malade s'aggrave progressivement. Amaigrissement considérable, cachexie. Langue noirâtre, recouverte d'une épaisse couche fuligineuse. La suppuration diminue légèrement, mais les forces se perdent toujours davantage. Une bougie filiforme ne franchit pas le canal. Besoin constant d'uriner. La cystostomie est décidée :

Le 12. Ouverture de la vessie pratiquée par une incision médiane de 7 à 8 centim. Après l'ouverture de la vessie, une urine d'odeur fétide s'écoule ; on fixe une sonde de Pezzer, on suture avec 4 fils, on lave la plaie avec une solution phéniquée forte et les téguments sont suturés. A partir de l'opération, le malade reste dans l'état comateux. La température reste à 36°. Des injections d'éther ne modifient pas son état. Pas d'émission d'urine après l'opération. Décès à 9 heures du soir.

AUTOPSIE le 14 février 1895. Toute la partie spongieuse de l'urèthre paraît rétrécie légèrement : le corps spongieux est petit, dur, grisâtre. En avant du bulbe, la partie inférieure du canal est détruite sur une étendue de 2 centim. environ et s'ouvre largement dans un foyer de suppuration en arrière du scrotum. Le point le plus étroit correspond à la région bulbaire antérieure en arrière du point détruit. En arrière du point le plus étroit, légère dilatation des régions membraneuse et prostatique.

La vessie est petite, à parois extrêmement épaisses ; celles-ci ont à la coupe 2 centimètres et demi environ et sont formées de muscles hypertrophiés, blancs, durs, scléreux. La face interne de la vessie est d'un brun verdâtre, très irrégulière, couverte de débris flottants pseudo-membraneux, d'apparence sphacélique. Les deux embouchures urétérales sont très peu dilatées ; elles admettent une petite sonde n° 12. La vessie est ouverte par la taille sur la ligne médiane de sa paroi antérieure. Il existe un épanchement hémato-purulent assez abondant dans la cavité de Retzius. Les reins et les uretères présentent des lésions de dilatation anciennes, très prononcées. Le rein et le bassinot gauche, à l'état de réplétion, forment une tumeur de 18 centim. de longueur, large de 12 centim. irrégulièrement bosselée, fluctuante. L'uretère gauche, à l'état de réplétion,

mesure 5 centimètres et demi de diamètre; il a le volume d'un gros intestin moyennement distendu. Il est allongé, sinueux et formé, à partir du collet du bassin, de deux courbures successives en forme d'S, fortement accusées, avec grosses dilatations ampullaires, séparées par des sillons profonds; l'une au-dessous du bassin l'autre au milieu du trajet urétéral, une dernière tout près de la vessie dans le petit bassin. Tous ces coudes urétéraux sont fixés par des adhérences solides. A la coupe du rein gauche, lésions de pyélite ancienne, la dilatation porte principalement sur le bassin qui est énorme : les calices sont relativement peu dilatés. Le contenu est du pus épais, vert, très fétide; les parois des cavités dilatées sont tapissées d'exsudats gris verdâtres, pseudo-membraneux. Il ne persiste qu'une faible épaisseur de tissu rénal; en quelques points, il est mou, putréfié.

Le rein droit, beaucoup plus petit que le rein gauche, ne dépasse guère le volume normal; il présente à sa face antérieure, près du bord concave, deux bosselures molles, fluctuantes. L'uretère droit est dilaté, un peu moins que le gauche, 3 centimètres et demi de diamètre, bosselé, coudé comme l'uretère gauche avec bosselures et sillons très profonds. A la coupe, les lésions rénales sont moindres que celles du côté gauche et différentes. Le contenu du rein et de l'uretère droit est un liquide presque clair, non purulent, d'aspect d'urine louche : la paroi interne des cavités est lisse, blanche, non vascularisée, sans lésions inflammatoires. Le tissu rénal, conservé en forte proportion, est d'un rose poli, dur; il contient des kystes, dont un volumineux, rempli de liquide clair. En résumé, lésions de dilatation aseptique de ce côté. Les plis, soudures et rétrécissements valvulaires, très prononcés sur les deux uretères, en rendent le cathétérisme impossible. Poumons emphysémateux en totalité, avec congestion des deux bases. Cœur sain, sauf léger athérome valvulaire et aortique. Foie sain, petit, à incisions costales très marquées.

OBS. XXV. — *Calcul vésical. Infection. Cystotomie hypogastrique. Guérison.*

M. H..., 69 ans, vient consulter en octobre 1893, pour des troubles de la miction qu'il est facile de mettre sur le compte d'un calcul : ces symptômes remontent à trois ans, ils sont particulièrement développés depuis six mois. Le malade n'a jamais été sondé; les urines sont peu troubles, il n'y a pas de fièvre. Le cathétérisme explorateur est facile : la pierre siège en bas, elle a 3 centim. de diamètre : la prostate n'est pas très grosse. Tout se présente dans les meilleures conditions pour la lithotritie.

La veille de l'opération, désirant s'assurer à nouveau de l'état du canal, M. Legueu passe un explorateur à boule n° 20 dans l'urèthre : il s'arrête au cul-de-sac ou bulbe et fait saigner un peu : le soir, le malade a un frisson, et la température s'élève à 38°,6 : ceci se passait le 17 octobre.

Le 18. Sonde à demeure. Le 20, la fièvre est tombée. Les jours suivants, la température reste normale : puis elle s'élève peu à peu au-dessus de 37°, et oscille autour de 38°. Je me décide à faire la taille et à drainer la vessie.

4 novembre. Taille hypogastrique. Le calcul est extrait facilement : le drainage est effectué à l'aide d'une sonde de Pezzer, et des tubes hypogastriques de Guyon.

Les suites opératoires furent simples. La température, après quelques oscillations décroissantes, revint à la normale au cinquième jour : les tubes furent enlevés à cette époque, la sonde fut changée le septième, et laissée à demeure pendant deux mois et demi : la fistule ne se ferma qu'au bout de ce temps.

La fièvre reparut pendant une période de quinze jours, à l'occasion d'une double pneumonie.

Au 1^{er} février 1895, trois mois et demi après l'opération, état général excellent.

État local également satisfaisant : la fistule est complètement fermée. La vessie ne se vide pas, et le malade se sonde trois fois par jour. Les urines sont peu troubles : mais la *polyurie* va jusqu'à deux litres, deux litres et demi. Il n'y a jamais de fièvre ; la langue est bonne, l'appétit excellent.

OBL. XXVI. — *Sclérose vésicale avec rétention incomplète. Hématurie. Infection aiguë. Cystostomie. Guérison.*

Le nommé Jules M..., garçon épicier, âgé de 57 ans, entré le 4 juin 1895 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 5, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents. — Toujours bien portant, sauf trois blennorrhagies compliquées de rhumatisme dans les talons.

Le début des symptômes urinaires remonte au mois de mars 1895 ; avant cette époque, c'est à peine si le malade se plaignait déjà de quelque fréquence nocturne. A cette date, sans cause appréciable, fréquence très grande des besoins d'uriner, toutes les demi-heures ; ce besoin n'aboutit souvent qu'à des efforts sans résultat. Tous ces symptômes étaient aussi marqués le jour que la nuit. Dès le début de la maladie, les urines étaient troubles.

En mars 1895, il se produisit une première hématurie assez abondante avec des caillots et ayant coloré en totalité l'urine de quatre ou cinq mictions ; elle s'était déclarée le soir après une fatigue vers cinq heures, et avait persisté toute la nuit.

Une seconde hématurie vers le début de mai environ, avec les mêmes caractères que la précédente ; en dehors de ces hématuries totales, il y avait souvent, au début des mictions, expulsion de petits caillots pendant l'issue d'urines claires.

Une troisième hématurie éclate au cours d'une promenade, et le malade entre à l'hôpital Necker, le 4 juin 1895. Dans l'intervalle des hémorrhagies, la douleur et la fréquence persistent, les urines sont toujours troubles.

La santé du malade est néanmoins restée bonne : pas d'état anémique, pas de fièvre, pas de troubles digestifs.

État à l'entrée. — Hématurie totale abondante ayant duré deux ou trois jours, fréquence des mictions.

L'urèthre est libre, un peu induré. La vessie n'est pas sensible à la disten-

sion, mais contient toujours un résidu d'environ 250 gr. d'urines. Pas de polyurie, rien d'appréciable du côté des reins. La prostate n'est pas volumineuse étant donné l'âge du malade.

Le traitement consista en cathétérisme fait deux fois par jour et lavages au nitrate d'argent à 1 p. 1000. Il y eut amélioration rapide, l'hématurie cessa.

Au bout d'une semaine, les urines étaient claires; on voulut, étant donné les hématuries abondantes, compléter le diagnostic à l'aide de l'examen endoscopique. Cet examen fut pratiqué le 11 juin; dès le lendemain, la température s'éleva et bientôt atteignit et dépassa 39° (voir fig. 4). La sonde à demeure fut mise sans produire aucune amélioration; fièvre persistante, langue sèche et diarrhée.

Le 19 juin, on pratiqua l'ouverture de la vessie sous chloroforme, pas de ballon de Petersen: Incision cutanée d'environ 10 centim., incision vésicale de

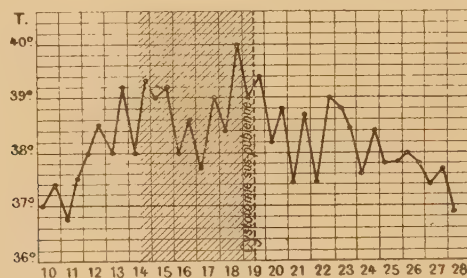


FIG. 4 (1).

3 centim. Absence de tout néoplasme. Suture vésico-cutanée au fil d'argent. Drainage avec tubes Guyon-Périer.

Suites opératoires. — La plaie présentait au niveau de ses bords, le troisième jour, une suppuration très abondante avec même un peu de sphacèle. Les phénomènes d'infection générale ne cédèrent pas brusquement; dès le surlendemain, la langue était humide, mais la fièvre ne disparut que progressivement après huit jours (voir fig.), la diarrhée persista pendant douze jours.

Le 1^{er} juillet. L'état général du malade est très bon; la plaie hypogastrique en voie de cicatrisation, une sonde de Pezzer est à demeure dans la fistule. Les urines étant encore troubles, on attend de mettre une sonde à demeure pour permettre à l'ouverture sus-pubienne de se fermer.

OBS. XXVII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Phlegmon gangréneux du scrotum et de la verge. Rétention d'urine. Cystostomie. Guérison.*

Le nommé Antoine L..., charpentier, âgé de 40 ans, entré le 21 juin 1895, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 7, service de M. le professeur Guyon.

(1) La partie grisée indique le séjour de la sonde à demeure.

Antécédents. — Toujours bonne santé, sauf une pleurésie à gauche. Deux blennorrhagies, l'une en 1871 et l'autre en 1875. Elles furent traitées par des injections uréthrales, elles eurent une marche assez aiguë, mais ne donnèrent lieu à aucune uréthrorrhagie; elles guérirent au bout d'un mois environ, sans passer à l'état chronique; pas de goutte matutinalè.

Il y a deux ans, en l'espace de deux jours, le scrotum du malade augmenta de volume, devint rouge et douloureux; mais tout se calma au bout d'une huitaine de jours (orchite ou abcès urineux? les renseignements du malade sont très peu précis).

Depuis cette époque, les mictions deviennent pénibles; peu à peu, les efforts pour pisser augmentent et l'urine s'écoule en un jet « comme un fil »; pas de douleurs bien vives; miction fréquente le jour et la nuit. A cette même date, les urines étaient déjà troubles. Pas de fièvre, pas de perte d'appétit, bon état général.

Le 15 juin, le scrotum du malade enfla à nouveau, devint rouge, puis, après deux ou trois jours, la tuméfaction gagna la verge. Le 20 juin, apparurent aussi des plaques noires; la première se montra à l'extrémité du fourreau de la verge et envahit bientôt toute la moitié droite du prépuce.

Le 21, le malade entre à Necker; état général mauvais, langue sèche; température 38°,9. Le scrotum tout entier est tuméfié, ayant le volume d'une tête de fœtus. Au niveau de sa moitié droite, la peau est soulevée et amincie par une collection purulente sous-jacente; et, au point culminant de cet abcès, existe une plaque de sphacèle de la taille d'une pièce de un franc. A la racine des bourses, deuxième plaque de gangrène empiétant sur la région inguinale; le prépuce est mortifié dans toute sa moitié droite, il est impossible de le ramener en arrière de la couronne du gland; toute la verge est gonflée et à sa base la peau est gangrénée sur une étendue de deux travers de doigt. L'infiltration s'étend à la région hypogastrique, où il y a de la rougeur, de l'œdème, mais pas de sphacèle. Absolument rien du côté du périnée.

Le malade peut encore uriner; cependant la vessie remonte jusqu'à l'ombilic; et par le toucher rectal on peut constater qu'elle fait une saillie considérable dans l'excavation sacrée.

L'état du malade fit décider l'opération d'urgence. L'infection grave fit regarder comme dangereuse l'exploration de l'urèthre avec uréthrotomie interne; d'autre part, il fallait combattre et l'inflammation gangréneuse des parties molles et l'infection résultant de la rétention avec distension. Chlôroforme. Incision hypogastrique; jusqu'aux aponévroses, on traverse des tissus infiltrés de sérosité roussâtre; au contraire, en avant de la vessie, le tissu cellulaire de la cavité de Retzius est d'aspect normal. Incision de la vessie après réfolement du cul-de-sac péritonéal qui descend jusqu'au pubis.

Suture vésico-cutanée; tubes Guyon-Périer, réunion incomplète de la plaie, seulement à sa partie supérieure.

Puis incision au thermocautère de l'abcès du scrotum, du fourreau de la verge, du prépuce, au niveau des plaques de gangrène. Deux incisions à la racine des bourses empiètent sur l'orifice du canal inguinal de chaque côté; à ce

niveau, il y a infiltration purulente avec sphacèle du tissu cellulaire. Pansement au sublimé.

Les suites furent très simples ; dès le lendemain, la température fut normale ; limitation des phénomènes gangréneux aux plaques déjà formées.

Au bout de dix jours, les parties mortifiées sont presque entièrement éliminées.

Actuellement. — 1^{er} juillet 1895. Très bon état général ; encore une sonde de Pezzer dans la fistule sus-pubienne, les plaies sont couvertes de bourgeons de bon aspect. On a exploré l'urèthre et l'on a été arrêté dès la portion pénienne par une série d'anneaux, et l'on ne put arriver jusqu'au périnée.

L'urine, le contenu de l'abcès du scrotum, la sérosité des plaques de gangrène contiennent du bactérium coli et du staphylocoque doré.

OBS. XXVIII. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention incomplète chronique, avec hématurie. Infection urinaire chronique. Cystostomie. Guérison.*

Le nommé G..., âgé de 62 ans, entré le 26 mars 1895 à l'hôpital Necker, au lit n° 2 de la salle Velpeau, service du professeur Guyon.

Antécédents. — Ses parents sont morts à un âge avancé, un frère est mort de tuberculose. Le malade a toujours été bien portant, sans présenter aucune tare tuberculeuse ; nous avons seulement à signaler plusieurs blennorrhagies, dont la dernière il y a deux ans.

Le début des troubles urinaires remonte au mois de juillet 1894, il eut de la fréquence de la miction, et, tout à fait au début, le malade affirme que cette fréquence n'était accompagnée ni de douleur, ni de changement d'aspect dans les urines. Vers cette date est survenue une orchite du côté gauche ; elle a évolué sans douleur, et il n'y a eu ni blennorrhagie ni cathétérisme pour expliquer son apparition.

Août 1894. La douleur et le trouble des urines se joignent à la fréquence. Septembre 1894, *première hématurie, peu abondante*, terminale, irrégulière dans sa durée et persistant pendant deux mois avec tous les caractères de l'hématurie des cystites. L'état reste le même ; le malade se sondant lui-même et étant légèrement amélioré ; une orchite droite en janvier.

En février 1895, l'hématurie, qui avait cessé pendant quelque temps, réapparaît et change de caractère ; elle est totale, identique le jour et la nuit, abondante avec caillot et persistant pendant trois semaines sans interruption aucune.

Six jours avant l'entrée, il y eut cessation de l'hématurie, mais persistance des autres symptômes.

Douleur avant, durant et à la fin de la miction, fréquence très grande des envies d'uriner.

L'urèthre est libre ; la vessie un peu sensible au contact et très peu à la distension ; il y a un résidu vésical de 200 gr. environ.

La prostate est très volumineuse, la vésicule séminale gauche est indurée, ainsi que la queue de l'épididyme du même côté. Urines troubles avec polyurie de trois litres à trois litres et demi.

Le traitement consista en cathétérismes et lavages de la vessie au nitrate

d'argent; ce traitement avait déjà été fait à la consultation externe et avait amené la guérison de l'hématurie. Il y avait des phénomènes fébriles, facilement calmés par la sonde à demeure, mais se reproduisant vite après sa suppression: lorsqu'on ne la remettait pas de suite, les accidents s'aggravaient, perte de l'appétit, congestion pulmonaire. Cet état persista pendant deux mois; la cystostomie fut alors décidée le 24 mai 1895; chloroforme, pas de ballon de Petersen; suture vésico-cutanée aux fils d'argent, drainage avec les tubes Guyon-Périer.

Les suites opératoires furent très simples; le pansement a été renouvelé le lendemain, puis fait tous les deux jours, le drainage avec les tubes fut remplacé

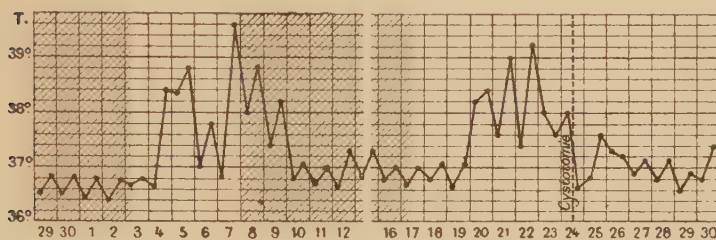


FIG. 5.

par la mise d'une sonde de Pezzer dans la fistule; grâce à elle, l'urine ne s'écoulait pas dans le pansement et était recueillie en totalité et conduite dans un urinal contenant du sublimé.

L'état général du malade s'est amélioré, la fièvre a disparu dès le lendemain de l'opération et n'a pas récidivé (voir fig. 5); les urines sont plus claires, la polyurie pendant dix jours diminua, la quantité d'urine par vingt-quatre heures n'étant plus que de deux litres; puis elle remonta ensuite et est, comme avant l'opération, de trois litres à trois litres et demi. La prostate n'a pas diminué de volume.

Actuellement, juillet 1895, le malade est en bon état général; lorsqu'il bouche sa sonde hypogastrique il peut uriner par la verge sans douleur, mais ne vide pas entièrement sa vessie. Il désire voir fermer sa fistule, et on lui a remis depuis quelques jours une sonde à demeure par son urèthre.

Vu: le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

TAILLE HYPOGASTRIQUE (HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE)

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
1	Sédillot.	70 ans.	1868 ?	1 ^{re} Rétention d'urine il y a déjà 9 ans. Infection et hémorrhagie vésicale. Gaz nombreux dans la vessie. État général grave. Hoquet.	Cystostomie. Guérison avec une canule hypogastrique.	Sédillot et Legouest, <i>Traité de Médecine opératoire</i> , 4 ^e édit., t. II, p. 608.
2	Thompson	65 ans.	7 février 1869.	Se sonde lui-même depuis plusieurs années; fréquence et douleurs du cathétérisme.	Disparition des douleurs. Mort 3 semaines après.	<i>The Lancet</i> , 27 janvier 1875.
3	Thompson	63 ans.	12 mai 1869.	Depuis plusieurs années se sonde très souvent, toutes les heures. Incision de la vessie sur un cathéter introduit dans l'urèthre.	Guérison. Cependant infiltration d'urine au niveau de la plaie. Drainage hypogastrique par où passent les urines. Mort en septembre.	id.
4	Eugène Boekel.	Beutz.	5 octobre 1870.	Rétention aiguë. Cathétérisme difficile, puis impossible; ponction hypogastrique et trocart à demeure. Commencé d'infiltration d'urine.	Mort le soir.	Garcin, th. doct., Strasbourg, 1884, Obs. II; et <i>Gazette médicale de Strassb.</i> , 8 août 1884.
5	Rohmer	M. Ph.	26 sept. 1884.	Cathétérisme d'abord difficile, puis impossible. Rétention aiguë. Fièvre urinaire; 39° 6. Ponction hypogastrique pendant 3 jours.	Guérison. Une sonde à demeure mise par cathétérisme rétrograde n'a pu être supportée. Canule hypogastrique. Au bout d'un mois peut retenir ses urines pendant deux heures.	In extenso: <i>Rev. méd. de l'Est</i> , 1 ^{er} déc. 1885. Résumée: Rapport de M. Berger à la Société de Chirurgie, 13 juin 1888.
6	Eugène Boekel.	M.K. 79 ans.	26 mars 1882.	Difficilé, puis impossibilité de cathétérisme.	Cystostomie avec cathétérisme rétrograde. La sonde à demeure n'a pu être supportée. Drainage hypogastrique. Mort le 2 avril, de pneumonie hypostatique et de la continuation de l'infection.	Garcin, th. doct., Strasbourg, 1884, Obs. IV; et <i>Gazette médicale de Strassb.</i> , 8 août 1884.

7	Thompson.....	7 juin 1886.	Hypertrophie prostatique, fréquence extrême et douleur des cathétérismes.	Guérison. Porte une canule hypogastrique avec un urinal.	<i>The Lancet</i> , 2 janvier 1875.
8	Packard..... G. 85 ans.	7 juillet 1885.	Rétention d'urine. Cathétérisme possible.	Taille hypogastrique et canule hypogastrique. Mort subitement d'une lésion cardiaque le 9 juillet 1885.	<i>Journal of the American medical Association</i> , 28 mai 1887.
9	Packard..... 63 ans.	13 août 1886.	Prostate très volumineuse et attaques fréquentes de rétention.	Mort le sixième jour, de consommation.	id.
10	Packard..... 70 ans.	24 avril 1887.	Rétention d'urine; urines très fétides	Mort dans un état typhoïde, 14 jours après son entrée.	id.
11	Guyon.....		Cystite. Mauvais état général. Échec du traitement local.	Mort 3 jours après l'opération.	<i>Annales des Maladies des Organes génito-urinaires</i> , nov. 1890.
12	Guyon.....		Cystite intense. Sonde à demeure impossible.	Résultat immédiat excellent. Disparition des douleurs. Mort au bout de quelques heures.	id.
13	Schwartz..... (Serv. de M. Guyon)	67 ans.	Cystite intense, aucun traitement local. État général s'aggrave.	Résultat immédiat. Disparition des douleurs. Relèvement de l'état général. En novembre 1890, revient en demandant la fermeture de la fistule.	id.
14	Mac Guire.....		Difficulté et douleur de cathétérisme. Sonde et lavage essayés sans résultats.	Guérison. Urine par hypogastre.	<i>Medical News</i> , 17 mai 1890.
15	Mac Guire.....		id.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.
16	Mac Guire.....		Difficulté et douleur de cathétérisme.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.
17	Mac Guire.....		id.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.
18	Mac Guire.....		Id. Pierre dans la vessie.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.
19	Mac Guire.....		id.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.
20	Mac Guire.....		id.	Guérison. Urine par hypogastre.	id.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
21	Mac Guire.....			Id. pierre dans la vessie.	Guérison. Urine par hypogastre.	<i>Medical News</i> , 17 mai 1890.
22	Poncet.....		Avril 1888.	Rétention complète, fausse route. Impossibilité de cathétérisme	Guérison. Incontinence presque complète.	<i>Lyon médical</i> , février 1889, et Hassan, th. doct., Montpellier, 1888, et Boutan, th. doct., Paris, 1893, obs. XXIX.
23	Poncet.....		D'avril à févr. 1889.	Cathétérisme et fausse route. Impossibilité de sonder.	Guérison. Pas de détails.	<i>Lyon médical</i> , février 1889.
24	Poncet.....		id.	id.	Guérison. Pas de détails.	id.
25	Poncet.....		id.	Cathétérisme et fausse route. Impossibilité de sonder. Empoisonnement urinaire.	Guérison. Pas de détails.	id.
26	Poncet.....		id.	id.	Guérison. Pas de détails.	id.
27	Poncet.....		id.	Impossibilité de cathétérisme. Délire. Fièvre.	Mort en 48 heures.	<i>Lyon médical</i> , février 1889, et Boutan, th. doct., Paris, 1893, Obs. XXX.
28	Poncet.....	M.B. 72 ans.	6 mai 1890.	Difficulté de la miction, depuis 10 ans. Rétention aiguë. Impossibilité absolue de cathétérisme le 2 ^e jour. Pas de fièvre.	Clon d'ivoire. Conserve ses urines 6 et 7 heures, en mars 1892. Mais en 1894, il y a incontinence malgré la cheville d'ivoire, et la capacité vésicale a fort diminué.	Boutan, th. doct., Lyon, 1892, Obs. I, complétée, Lagoutte, th. doct., Lyon, 1895.
29	Poncet.....	Diday.	23 déc. 1891.	Difficultés et douleurs des cathétérismes. Aggravation de l'état général.	Guérison avec très bon résultat. Urine toutes les cinq heures sans douleur. Etat général bon. Mort en 1893.	id, Obs. II.

30	Poncet.....	S.F. 65 ans.	6 juillet 1891.	Rétention aiguë, avec fausse route. Cathétérisme possible avec sonde métallique. Pas de fièvre.	On laisse la fistule se guérir. Fonc- tion se rétablit par les voies natu- relles. Nouvelle crise de rétention et nouvelle cystostomie. Mort en 1892, d'une pneumonie.	Bonan, th. doct., Lyon, 1892. Obs. III; com- plétée. Lagoutte, th. doct., Lyon, 1895.
31	Poncet..	D. 71 ans.	1 ^{er} mars 1892.	Rétention aiguë avec fausse route. Cathétérisme impossible.	Fistule se ferme et la fonction de l'urètre se rétablit. Légère éven- tration.	id., Obs. IV.
32	Poncet.....	G.L. 74 ans.	7 déc. 1891.	Rétention aiguë avec fausse route. Impossibilité de cathétérisme. Uré- trorrhagie abondante.	Incontinence à peu près constante, sauf pendant une heure, avec canule. En 1893, le port d'un appareil est nécessaire.	id., Obs. V.
33	Poncet.....	N.G. 60 ans.	9 mai 1891.	Rétention aiguë. Impossibilité de cathétérisme. Ponction hypogas- trique.	Incontinence variable. Suivant son irritabilité ou peut conserver pen- dant 4 ou 5 heures, ou parfois se mouille rapidement. En 1894, incon- tinence surtout nocturne.	id., Obs. VI.
34	Poncet.....	M.F. 79 ans.	12 nov. 1889.	Cathétérismes répétés et douloureux. Aggravation de l'état général.	Pas d'incontinence. Etat général s'a- méliore. Mort en 1890 de sénilité.	id., Obs. VII.
35	Poncet.....	72 ans.	14 avril 1892.	Accidents d'empoisonnement urinaire remontant à plusieurs années. Ré- tention complète à répétition. Pris- son l'avant-veille.	Cessation des phénomènes d'infec- tion, 25 jours après l'opération. D'abord reste deux heures sans se mouiller, mais encore quelque fré- quence des mictions. Mort quelques mois après, avec incontinence com- plète.	id., Obs. VIII.
36	Poncet.....	74 ans.	28 mai 1890.	Rétention aiguë au cours de troubles urinaires remontant à plusieurs an- nées. Impossibilité de cathétérisme. Etat général grave. Langue sèche.	Mort, cinq jours après l'opération. Pas d'autopsie.	id., Obs. IX.
37	Poncet.....	75 ans.	17 déc. 1889.	Infection urinaire; 39°. Traité par cathétérisme fréquent et lavage. Pas d'amélioration.	Mort en 30 heures, au milieu de coma et de phénomènes urémiques. Pas d'autopsie.	id., Obs. X.
38	Poncet.....	69 ans.	20 mars 1890.	Rétention absolue. Impossibilité de cathétérisme. Fièvre. Prostate énorme. Douleurs vives.	Mort le lendemain. Pas d'autopsie.	id., Obs. XI.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÈRE	DATE	INDICATION OPÉATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
39	Poncet.....	73 ans.	11 juin 1890.	Accidents répétés de rétention. Cathétérisme impossible. Ponction aspiratrice. Infiltration d'urine, 39°.	Mort d'accidents septicémiques, huit jours après l'opération. Pas d'autopsie.	Bonan, th. doct., Lyon, 1892, Obs. XII.
40	Poncet.....	67 ans.	26 avril 1892.	Troubles urinaires graves. Cathétérisme douloureux et faisant saigner. Prostate énorme.	Guérison. Amélioration d'abord, puis retour des accidents quand la fistule s'oblitéra et refus de toute nouvelle intervention. Ce malade se soigna.	id., Obs. XIII.
41	Poncet.....	66 ans.	10 mars 1892.	Fréquence et douleur des mictions. Cystite.	Un mois après l'opération, incontinence intermittente. Port d'un appareil impossible, avril 1892. En 1893, retour de la miction par les voies naturelles.	id., Obs. XIV.
42	Poncet.....	68 ans.	8 mars 1889.	Rétention depuis 4 jours. Etat général grave. Rupture de la vessie. Ponction vésicale blanche.	Mort. Péritonite suppurée, par perforation de la vessie en arrière.	id., Obs. XVI.
43	Poncet.....	75 ans.	2 avril 1890.	Troubles urinaires anciens.	Mort le surlendemain. Pyélo-néphrite double suppurée.	id., Obs. XVII.
44	Poncet ..	73 ans.	15 avril 1890.	Rétention d'urine. Cathétérisme tenté la veille inutilement. Uréthrorrhagie.	Mort le 4 ^e jour. Pas d'autopsie.	id., Obs. XVIII.
45	Poncet.....	77 ans.	24 janvier 1892.	Rétention intermittente chez un vieux prostatique. Cathétérisme possible.	Mort le 4 ^e jour. Empoisonnement urinaire aigu. Lésions rénales.	id., Obs. XIX.
46	Poncet.....	75 ans.	7 juillet.	Rétention aiguë. Fausses routes. Cathétérisme impossible.	Mort le 7 juillet. Profondes fausses routes dans le bulbe. Foyer septique à ce niveau. Lésions des bassins et des reins.	id., Obs. XX.
47	Poncet.....	73 ans.	16 sept. 1890.	Rétention. Fausses routes. Impossibilité de cathétérisme. Cystostomie au sommet de la vessie.	Guérison. Pas de détails sur la fonction vésicale. Mort en 1892. Cause inconnue.	id., Obs. XXI.

48	Poncet.....	69 ans.	2 avril 1890.	Prostate énorme. Impossibilité de cathétérisme.	Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.	Bonan, th. doct., Lyon, 1892, Obs. XXII.
49	Poncet.....	67 ans.	24 janvier 1892.	Accidents urinaires anciens. Rétention aiguë. Impossibilité de cathétérisme.	Guérison. Pas de renseignements ultérieurs précis.	id., Obs. XXIII.
50	Poncet.....	68 ans.	avril 1888.	Accidents urinaires anciens. Rétention aiguë. Fausse route. Etat très grave, comateux.	Guérison. Incontinence. Mort en janvier de cystite purulente.	id., Obs. XXIV.
51	Poncet.....	81 ans.	12 juin 1890.	Prostatisme datant de 15 mois. Rétention. Fausses routes. Ponction hypogastrique.	Guérison. D'abord incontinence complète. Puis rétrécissement de l'orifice sus-pubien et douleurs de nouveau. Mort en octobre 1890, d'accidents urinaires.	id., Obs. XXV.
52	Poncet.....	68 ans.	25 déc. 1890.	Cathétérisme difficile et douloureux. Quelques frissons.	Guérison. Pas de détails.	id., Obs. XXVI.
53	Poncet.....	M.C. 62 ans.	?	Fréquence des mictions. Douleurs.	Guérison, avec urètre contre nature. Disparition des douleurs. Conserve son urine 40 ou 50 minutes.	id., Obs. XXVII.
54	Poncet.....	62 ans.	26 mai 1892.	Rétention d'urine depuis 10 jours. Cathétérisme impossible, ponction hypogastrique. Commencement d'infiltration.	Guérison. Retour des mictions par l'urètre, cependant fistulette persiste. Bon état en 1894.	Boutan, th. Paris, 1893, Obs. XXXI, et Lagoutte, Obs. XXX.
55	Poncet.....	65 ans.	?	Rétention aiguë. Impossibilité de cathétérisme. Ponction hypogastrique. Hémorragie intra-vésicale. Infiltration d'urine très étendue.	Pas de détails.	<i>Mercredi médical</i> , 4 novembre 1891, et Boutan, th. doct. Paris, 1892, Obs. XXXIV.
56	Poncet.....	L.G. 78 ans.	27 mai 1892.	Sondages répétés et douloureux. Cachexie urinaire.	Incontinence à peu près complète. Relèvement de l'état général. On est plus tard forcé de retirer 4 culs uriques. Incontinence et port d'un appareil en 1894.	Boutan, th. doct. Paris, 1893, Obs. XXXII, et Lagoutte, Obs. XXIX.
57	Poncet....	71 ans.	4 avril 1893.	Plusieurs attaques de rétention aiguë. Cathétérisme difficile. Accidents urinaires graves: 40°4.	Guérison. Abaissement progressif de la température en 8 jours. Mictions faciles. Voies naturelles.	<i>Gazette des Hôpitaux</i> , 25 juillet 1893.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉ- RÉ	DATE	INDICATION OPÉRAIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
58	Poncet.	63 ans.	17 juin 1892.	Depuis 3 ans légers troubles urinaires. Cathétérisme quotidien. Rétention aiguë. Impossibilité de cathétérisme. Trois ponctions hypogastriques. Infiltration d'urine commençant. Etat général grave, langue sèche, etc.; 38°.5.	Etat grave persiste pendant 5 jours. Puis amélioration rapide. Au bout d'un mois, continence parfaite. Le malade se sonde par sa fistule toutes les 4 heures. Au bout de deux mois, ce cathétérisme devient douloureux, la fistule se ferme. Retour des accidents d'infection urinaire et mort au bout de trois mois.	Lagoutte, th. doct., Lyon, 1894, Obs. XXXI.
59	Poncet.	75 ans.	2 novembre.	Troubles urinaires depuis 2 ans. Intoxication chronique. Rétention d'urine traitée par cathétérisme intermittent. Cystite aiguë et infection générale.	Continuation des accidents, mort le 4 ^e jour. Pas d'autopsie.	id., Obs. XXXII.
60	Poncet.	78 ans.	9 déc. 1892.	Depuis longtemps miction difficile. Rétention aiguë avec fièvre, délire. Cathétérisme possible pendant plusieurs jours, puis impossible.	D'abord écoulement insuffisant par le méat; amélioration légère; puis mort le 4 janvier, par affaiblissement progressif.	id., Obs. XXXV.
61	Poncet.	75 ans.	9 mars 1892.	Rétention aiguë depuis plusieurs jours. Etat général grave; 38°.4. Langue sèche. Cathétérisme possible.	Pas d'amélioration; hémorrhagie venant du bas-fond vésical. Mort le 22 mars.	id., Obs. XXXVI.
62	Poncet.	75 ans.	10 avril 1892.	Début des accidents remontant à 15 ans. Plusieurs accès de rétention aiguë, la dernière soignée par cathétérisme intermittent. Fièvre 40°. Langue sèche. Infection aiguë.	Guérisson. En 1894, état général excellent; urine par son méat sus-pubien toutes les 4 heures, pas d'incontinence. Eventration au niveau de la plaie.	id., Obs. XXXVIII.
63	Poncet.	85 ans.	2 mai 1893.	Deuxième rétention aiguë. Fausse route. Cathétérisme impossible. Ponction sus-pubienne. Infection aiguë. 39°.3.	Amélioration lente, incontinence complète. Malade encore vivant en 1894, mais en très mauvais état.	id., Obs. XXXIX

64	Poncet.	70 ans.	24 juin 1893.	Depuis longtemps malade, est obligé de se sonder. Infection s'aggrave; 40°/7, frissons, etc. Cathétérisme facile.	Cystostomie avec drainage, la plaie ne donnant pas issue à l'urine. Au bout de 2 jours amélioration; puis retour des accidents et mort. Lésions anciennes de pyélo-néphrite avec dilatation des bassins des deux côtés.	Lagoutte, th. doct., Lyon, 1894, Obs. XLIII.
65	Poncet.	74 ans.	29 juillet 1893.	Troubles depuis 1888. Deuxième accès de rétention complète. D'abord sonde à demeure. Impossibilité de remplacer la sonde. Ponction hypogastrique. Etat général des plus graves. Début d'infiltration péritonéale.	Continuation des accidents. Mort le 4 août. Fausse route en arrière de la symphyse, uretères légèrement dilatés, abcès miliaires corticaux.	id., Obs. XLIV.
66	Poncet.	70 ans.	11 nov. 1893.	Première crise de rétention aiguë. Sonde à demeure. Puis infection urinaire; 40°/7. Tentatives de traitement par cathétérisme intermittent. Etat très grave. Douleurs vives.	Disparition des douleurs. Aucune amélioration de l'état général. Mort le 3 ^e jour avec 41°/7.	id., Obs. XLV.
67	Poncet.	67 ans.	11 nov. 1893.	Rétention complète depuis 15 jours. Ce malade se sonde lui-même. Infection urinaire progressive; 39°.	Persistance de la fièvre pendant deux jours, puis apyrexie, état général reste mauvais; sphacèle des bords de la plaie. Mort au bout de cinq semaines. Pas d'autopsie.	id., Obs. XLVI.
68	Poncet.	62 ans.	24 déc. 1893.	Début des troubles urinaires remontant à 4 ans. Rétention incomplète chronique avec distension. Intoxication chronique. Urines troubles. Cathétérisme facile.	D'abord amélioration; puis retour des accidents et mort dans un affaiblissement progressif. 21 janvier 1894.	id., Obs. XLVII.
69	Poncet.	73 ans.	30 déc. 1893.	Premier accès de rétention aiguë. Fausse route, cependant cathétérisme relativement facile. Urines claires d'abord, puis infection.	A la suite de la cystostomie, fièvre, pneumonie, mort quinze jours après l'intervention.	id., Obs. XLVIII.
70	Poncet.	70 ans.	5 janvier 1894.	Premier accès de rétention aiguë. Pas de fièvre ni de signes d'infection. Fausse route. Cathétérisme impossible.	Méat reste ouvert jusqu'en mars; incontinence légère dans la station debout; à partir d'avril retour de la miction par les voies naturelles.	id., Obs. XLIX.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRAIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
71	Poncet.....	78 ans.	20 janvier 1894.	Rétention incomplète avec distension et incontinence. Pas d'infection. Bon état général.	Incontinence complète. Fistule tend à s'oblitérer.	Lagoutte, th. doct., Lyon, 1894, Obs. L.
72	Poncet.....	57 ans.	9 février 1894.	Troubles urinaires depuis un an. Première crise de rétention complète. Fausse route. Cathétérisme facile; 38° S. Mauvais état général.	Essai de cystostomie idéale. Amélioration progressive de l'état général. Incontinence complète.	id., Obs. LI.
73	Poncet.....	67 ans.	7 mars 1894.	Depuis 8 ans le malade se sonde lui-même. Rétention aiguë. Fausse route. Cathétérisme difficile. Bon état général.	Guérison. Fistule d'abord avec incontinence que l'on pallie avec urinal. Puis méat sus-pubien devient continant.	id., Obs. LII.
74	Poncet.....	66 ans.	23 déc. 1894.	Rétention, depuis 3 jours. Fausse routes. Deux ponctions vésicales. Fièvre, 39°.	Taille avec impossibilité de suture vésico-cutanée. Mort le 5 ^e jour d'infection urinaire.	<i>Gaz. hebdomadaire de Médecine</i> , 9 mars 1895, p. 115.
75	Stamm.....	C.C. 70 ans.	9 avril 1889.	Rétention d'urine. Fausse route. Infiltration périnéale avec gangrène.	Guérison. Peut retenir ses urines pendant plusieurs heures.	<i>Medical News</i> , 31 août 1889.
76	Buckston Browne.	70 ans.	novembre 1888.	Hypertrophie prostatique. Rétention incomplète. Cystite.	Guérison.	<i>British medical Journal</i> , 15 mars 1890.
77	Buckston Browne.	78 ans.		Prostate volumineuse. Ne peut uriner qu'en se sondant.	Mort en trois jours.	id.
78	Buckston Browne.	83 ans.		Ne peut uriner qu'en se sondant. Vessie très douloureuse.	Mort en huit jours, de bronchite.	<i>British medical Journal</i> , 15 mai 1890.
79	Davis....		novembre 1888.	Hypertrophie et retrécissement. Rétention. Fausse route. Fièvre.	Guérison après cystotomie et uréthrotomie. On laisse la fistule hypogastrique se fermer.	<i>Journal of the medical American Association</i> , 8 février 1890.

80	Davis.....	57 ans.	17 avril 1889.	Hypertrophie prostatique. Douleurs vésicales. Pyélite. Fièvre.	Chute de la température. Disparition de la douleur. Fistule ouverte.	<i>Journal of the medical American Association</i> , 8 février 1890.
81	Davis.....	55 ans.	3 février 1889.	Hypertrophie. Calcul. Urines purulentes.	Urines deviennent claires. Garde ses urines pendant quatre ou cinq heures.	<i>New-York medical Journal</i> , 13 avril 1889.
82	Richardson.....	70 ans.	29 déc. 1888.	Hypertrophie considérable de la prostate. Cathétérisme impossible. Fonction hypogastrique pendant 3 jours. Commencement d'infiltration.	Général. Retour de la miction par les voies naturelles au bout de dix-huit jours.	<i>The medical Record</i> , 9 mars 1889.
83	W. Rose.....	65 ans.	7 déc. 1889.	Rétention d'urine. Infection. Etat général mauvais. Cathétérisme douloureux.	Drainage, allant dans un bassin situé au pied du lit. Guérison. Allait bien le 8 janvier. (Pas de détail sur la miction.)	<i>The medical and circular Press</i> , 8 janvier 1890.
84	Tedenat.....	74 ans.	4 février 1889.	Cathétérisme depuis 6 mois. Fièvre urineuse grave, 40°.	Amélioration. Etat général. Plus de fièvre. Sort avec sonde à demeure dans un urinal. Mort de pneumonie en février 1890.	Sauvajol, th. doct. Montpellier, 1891, Obs. V.
85	Tedenat.....	67 ans.	20 juillet 1890.	Rétention d'urine persistante. Cathétérisme très difficile avec petite sonde. Fonction hypogastrique. Fièvre, 39° et 40°.	Sort en bon état général. Mais souffre de sa vessie. Doit avoir une canule permanente ouverte dans un urinal.	id., Obs. IV.
86	Tedenat.....	Ferd. X 60 ans.	27 octobre 1892.	Rétention avec distension, traitée par cathétérisme quotidien. Puis infection brusque; 39°, 5.	Incontinence complète.	Payri, th. doct. Montpellier, 1892, Obs. X.
87	Tillaux.....	B. C. 70 ans.	4 février 1893.	Rétention aiguë. Cathétérisme difficile. Etat général mauvais; 38°, 2. Sonde fonctionnelle mal.	Mort le 6 ^e jour de broncho-pneumonie. Pyélite ascendante.	Boutan, th. doct. Paris, 1893, Obs. XXXIII.
88	Southam.....	52 ans.	juillet 1892.	Hypertrophie de la prostate. Rétrécissement. Rétention avec hématurie. Impossibilité d'évacuer les caillots.	Au bout d'un certain temps, miction naturelle revient.	<i>The Lancet</i> , mars 1893, Obs. XIV.
89	Southam.....	70 ans.	novembre 1892.	Hypertrophie. Rétention. Hématurie.	Cessation de l'hématurie. Au bout d'un certain temps miction naturelle revient.	id., Obs. XVII.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÈRE	DATE	INDICATION OPÉATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
90	Guillemot.....	70 ans.	18 déc. 1892.	Difficulté, puis impossibilité de cathétérisme.	Atresie de la fistule, alors de nouveau incontinence et regorgement. Mort trente-six jours après.	<i>Lyon médical</i> , 12 novembre 1893.
91	Desnos.....	62 ans.	23 octobre 1892.	Phénomènes anciens de prostatisme. Rétention incomplète avec caechexie urinaire. Peu de fièvre. Amélioration avec la sonde à demeure.	Ouverture du drainage pendant deux mois, puis miction naturelle revient. Très bon état général et local.	<i>Annales des organes génito-urinaires</i> , novembre 1893.
92	Desnos.....	65 ans.	15 juin 1892.	Rétention aiguë. Fausses routes. Frissons, 38°, 9. Etat général grave.	Guérison. Fistule hypogastrique maintenue pendant quinze jours. Retour des fonctions par les voies naturelles. Mais ne vide pas sa vessie.	id.
93	Desnos.....	74 ans.	17 juin 1891.	Fréquence et difficulté de cathétérisme.	Guérison. Six mois après le méat sus-pubien fonctionne, le malade peut retenir ses urines pendant une demi-heure. Mais l'infection vésicale et rénale s'établit. Mort au bout de 10 mois.	id.
94	Desnos.....	69 ans.	10 octobre 1891.	Difficulté de cathétérisme.	Guérison. Au bout d'un mois plus d'incontinence. Urines troubles. Peu à peu le malade laisse sa fistule se fermer.	id.
95	Desnos.....	70 ans.	3 déc. 1891.	Rétention aiguë. Fausse route. Impossibilité de cathétérisme.	Guérison. Incontinence complète. Infection vésicale secondaire.	id.
96	Rollet.....	80 ans.	24 sept. 1892.	Rétention complète, mais cathétérisme facile. Malgré sonde à demeure, état général mauvais.	Guérison. Mais la fistule se bouche, de nouveaux accidents de rétention se montrent. Deuxième cystostomie qu'on entretient avec sondages quotidiens, une canule hypogastrique ne pouvant être supportée.	<i>Archives provinciales de Chirurgie</i> , novembre 1873, et Lagoutte, th. doct., Lyon, 1894.

97	Rollet.....	53 ans.	25 octobre 1892.	Cathétérisme douloureux. Grande irritabilité vésicale. Infection ne cédant pas aux cathétérismes répétés. Température 40°.	Guérison. Très bon état. Pas d'incontinence, grâce à un appareil qui l'empêchait de se mouiller. Depuis oblitération complète de la fistule.	<i>Archives provinciales de Chirurgie</i> , novembre 1893, et Lagoutte, th. doct., Lyon, 1894.
98	Rollet.....	79 ans.	7 octobre 1893.	Cathétérisme difficile. Cachexie urinaire sans fièvre; 38°,5.	Guérison. Incontinence d'urine complète le 26 octobre 1892.	<i>Archives provinciales de Chirurgie</i> , novembre 1893.
99	Rollet.....	69 ans.	6 nov. 1893.	Cathétérisme impossible. Canule à demeure. Lésions du péritoine. Commencement d'infiltration.	Mort le cinquième jour.	<i>Lyon médical</i> , 21 janvier 1894.
100	Jaboulay.....	73 ans.	20 avril 1892.	Rétention aiguë. Impossibilité de cathétériser.	Guérison. Couché, la rétention des urines est parfaite; debout, le port d'une cheville est nécessaire.	Bonan, th. doct., Lyon, 1892, Obs. XV, complétée dans th. de Lagoutte.
101	Gangolphe.....	72 ans.	29 mai 1892.	Cathétérisme difficile et douloureux. Rétention. Urines infectées. État général grave. Ponction aspiratrice. Prostatite suppurée. Infiltration d'urine.	Cystostomie. Corps étranger vésical. Drainage avec tubes. Guyon-Périer. Guérison. Avec incontinence d'urine complète.	id., Obs. XXVIII.
102	Louveau.....	51 ans.	18 mai 1893.	Rétention incomplète. Douleur considérable. Sonde à demeure pas supportée. Instillations de nitrate sans résultat.	Guérison. Disparition des douleurs. Puis atésie de la fistule; de nouveau, douleur. Dilatation. Sonde de Malécot dans la fistule.	<i>Journal de Médecine de Bordeaux</i> , 6 mai 1894.
103	Louveau.....	60 ans.	9 octobre 1893.	Douleurs et fréquence des mictions. Cystite. Pyélo-néphrite. Douleur rénale et polyurie trouble.	Guérison. D'abord incontinence puis atésie de la fistule. Réapparition des douleurs. Dilatation et canule avec urinal.	id.
104	Zuckerkandl.....	60 ans.	7 avril 1892.	Difficulté puis impossibilité de cathétériser. Rétention aiguë. Hématurie.	Taille à la cocaïne; guérison; dès le lendemain, cessation de l'hématurie.	<i>Wiener klin. Wochens.</i> , 1893.
105	Zuckerkandl.....	54 ans.		Rétention aiguë avec hématurie chez un rétréci et prostatique; état général grave. Collapsus.	Guérison rapide et complète.	id.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÈRE	DATE	INDICATION OPÉATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
106	Martin.....	67 ans. 24 sept. 1893.		Rétention chronique complète; brusquement impossibilité de cathétériser. Urines férides.	Cystostomie suivant le procédé de Witzel modifié. Continence à l'aide d'une sonde.	<i>Centralblatt für Chirurgie</i> , 1893, p. 1026.
107	Wiesinger.....	50 ans.		Rétention chronique. Séjour au lit nécessaire.	Cystostomie suivant le procédé de Witzel. Bon résultat. Malade évacue sa vessie toutes les trois heures avec sonde par la fistule.	<i>Centralblatt für Chirurgie</i> , 1894, p. 501.
108	Tusseau.....	67 ans. 29 avril 1892.		Rétention avec caillots. Cathétériser facile. Impossibilité d'évacuer les caillots.	Guérison. Retour de la miction par l'urèthre.	Lagoutte, Th. doct., Lyon, 1894. Obs. LVII, et <i>Lyon médical</i> , 1892.
109	Hartmann.....	65 ans.		Troubles urinaux anciens. Rétention complète d'abord améliorée par sonde à demeure, puis accès de fièvre urinaire à chaque tentative de suppression de la sonde. Reprise du cathétérisme, mais celui-ci devient de plus en plus difficile malgré la mise de la sonde à demeure à plusieurs reprises.	Guérison. Juillet 1894. Les accès urinaux n'ont pas reparu. Miction se fait par l'ouverture sus-pubienne; le cathétérisme par l'urèthre est toujours impossible. Pas d'incontinence nocturne, très peu pendant le jour. Du reste urinal quand ce malade se lève.	id., Obs. LV.
110	Hartmann.....	74 ans. 10 février 1893.		Depuis quatre ou cinq ans, crises fréquentes de rétention cédant au cathétérisme. Rétention complète, fausse route. Impossibilité de cathétériser.	Cystostomie avec cathétérisme rétrograde. Guérison.	id., Obs. LVI.
111	Ortel.....	78 ans. 25 nov. 1892.		Troubles urinaux depuis plusieurs années, malade se sonde lui-même; intoxication urinaire s'aggrave. Diabète. Cathétérisme difficile. Fausse route.	Pas d'amélioration, érysipèle dans le dos. Mort le sixième jour. Prostate énorme; cystite purulente. Pyélonéphrite suppurée avec dilatation ancienne.	id., Obs. XXXIII.

112	Orcel.....	79 ans.	29 nov. 1892.	Troubles urinaires depuis huit ans ; rétention aiguë, cathétérisme possible seulement avec sonde à grande courbure. État général mauvais.	Malade sort de l'hôpital en état cachectique, avec léger sphacèle des bords de la plaie. Mort en septembre 1893 ; sa santé ayant tous jours été très mauvaise.	Lagoutte, th., doct., Lyon, 1894, Obs., XXXIV.
113	Orcel.....	71 ans.	4 avril 1892.	Troubles urinaires depuis dix ans. Troisième rétention aiguë. Ponction hypogastrique, puis de nouveau, cathétérisme. Infection aiguë ; 40° 4.	Guérison. Fistule tend à s'oblitérer ; en septembre 1894, le malade urine par la verge ; fistule tantôt ouverte, tantôt fermée.	id., Obs. XXXVII.
114	Orcel.....	72 ans.	9 juin 1892.	Depuis un mois, rétention complète aseptique ; urine par regorgement. Bon état général sans anorexie.	22 juin. Aggravation de l'état général, érysipèle de la face. Puis guérison ; un mois après, incontinence seulement pendant la station debout ; oblitération de la fistule et retour de la miction par l'urèthre.	id., Obs. LXI.
115	Orcel ..	67 ans.	21 août 1893.	Rétention complète. Cathétérisme facile. État grave, 39° 6.	Défervescence progressive, état général parfait. Malade urine par la verge et par l'orifice sus-pubien. La continence est parfaite.	id., Obs. LXII.
116	Lagoutte.....	71 ans.	1 ^{er} juin 1893.	Première rétention aiguë, fausse. Impossibilité de cathétérisme. Pas d'infection.	Guérison ; incontinence complète, puis fermeture de la fistule et retour de la miction par l'urèthre.	id., Obs. XL.
117	Lagoutte... ..	76 ans.		Depuis un an, rétention incomplète avec incontinence, depuis huit jours rétention aiguë. Cathétérisme facile. Mauvais état général ; 37° 8. Langue sèche.	Pas d'amélioration. Urètres et basinetts sont remplis de pus.	id., Obs. LIII.
118	Villard.....	57 ans.	13 juin 1893.	Troubles urinaires depuis plusieurs années. Rétention complète. Cathétérisme d'abord difficile, puis impossible, pas de fièvre.	Guérison ; pendant un mois urine par sa fistule toutes les heures. Puis oblitération. Nouvelle rétention ; dilatation du trajet, de nouveau oblitération, miction par les voies naturelles avec fistulette persistante.	id., Obs. XLII.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRAIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
119	Curtillet	69 ans.	30 avril 1894.	Rétention incomplète depuis plusieurs années. Depuis huit jours rétention avec fausses routes. D'abord cathétérisme facile, puis impossible.	Cystostomie idéale. Pendant un mois seulement incontinence. En octobre 1894, le méat est très continant mais très rétréci et l'évacuation de la vessie est très lente.	<i>Gazette des Hôpitaux</i> , 14 juillet 1894, et Lagoutte, th. doct. Lyon, 1894, Obs. LIV.
120	Teillier	78 ans.	31 déc. 1894.	Cystite intense. Crises de rétention fréquentes, intoxication urinaire légère.	Guérison ; conserve ses urines grâce à une canule hypogastrique permanente.	<i>Gaz. hebdomadaire de Médecine</i> , 1895, 9 mars, p. 115.
121	Teillier	68 ans.	8 février 1894.	Rétention. Impossibilité de cathétérisme. Pas de fièvre.	Guérison après phlegmon urinaire. Part au bout de trois semaines avec fistule incontinente.	id.
122	Teillier	65 ans.	19 mai 1894.	Rétention. Impossibilité de cathétérisme. Infection grave.	Guérison opératoire. Mort au bout de deux mois d'infection persistante.	id.
123	Lejars	64 ans.	août 1894.	Rétention incomplète avec urines très purulentes. Cathétérisme assez douloureux.	Guérison. La miction urétrale se rétablit en partie seulement, le malade porte un obturateur.	Auneau, th. doct. Paris, 1895, Obs. XXX.
124	Lejars	77 ans.	octobre 1893.	Rétention aiguë ; infection urinaire grave. Cathétérisme impossible.	Guérison. Malade urine à la fois par urètre et par méat sus-pubien qu'on entretient avec cathétérisme. En bon état, quatorze mois après.	Id. Obs. XXXI, et Lejars. <i>Leçons de Chirurgie</i> , p. 445.
125	Lejars	68 ans.	novembre 1894.	Infection urinaire chronique. Nombreux calculs. Douleurs.	Guérison avec survie sept mois. Mort en août 1894.	Id. Th. doct. Paris, 1895, Obs. XXXII, et Pasteau. <i>Société anat.</i> , 21 décem. 1894
126	Lejars	52 ans.	?	Cystite ancienne. Impossibilité de cathétérisme.	Cystostomie idéale, au cours de laquelle on constate hypertrophie considérable du lobe médian. Pas de détails ultérieurs.	Lejars. <i>Leçons de Chirurgie</i> , p. 448.

127	Lejars.....	62 ans.	20 juin 1894.	Rétention complète. Urines troubles. Cathétérisme douloureux.	Pas de drainage. Mort le deuxième jour avec phénomènes de congestion pulmonaire.	Auneau, th. doct., Paris 1895, Obs. XXVI.
128	Lejars.....	75 ans.	18 juin 1894.	Rétention incomplète, urines très purulentes. Cathétérisme difficile et douloureux. Etat cachectique.	Cystostomie idéale. Pas de drainage. Mort le 24 juin. Un rein unique atteint de néphrite parenchymateuse et parsemé de kystes.	id., Obs. XXVII.
129	Lejars.....	67 ans	14 nov. 1893.	Troubles urinaires depuis deux ans. Rétention incomplète chronique avec distension, urines troubles. Etat cachectique; sans fièvre avec troubles digestifs. Aucune amélioration par sonde à demeure.	Anesthésie locale. Pas d'amélioration. Mort. Vessie petite et rouge. Lésions anciennes, sclérose du rein avec dilatation des calices et des bassinets qui contiennent du pus.	id., Obs. XXVIII et résumé, <i>Bull. de Société de chirurgie</i> , novembre 1894, et Lejars, <i>Leçons de Chirurgie</i> , p. 449.
130	Lejars,.....	68 ans.	28 juin ?	Troubles urinaires depuis 1889. Rétention aiguë, fausse route. Cathétérisme possible avec sonde à grande courbure. Température 38° 3.	Cystostomie idéale. Amélioration rapide. Sort avec un appareil Collin pour recevoir ses urines. Revient en 1895 pour faire fermer sa fistule.	Auneau, th. doct., Paris 1895, Obs. XX, et Lejars, <i>Leçons de Chirurgie</i> , p. 446.
131	Polaillon.....	72 ans.	?	Rétention aiguë, avec fausse route chez un malade se sondant lui-même. Ponction vésicale.	Taille avec cathétérisme rétrograde. Guérison; avec fermeture rapide de la fistule.	<i>Bulletin de la Société de Chirurgie</i> , nov. 1894.
132	Jalaguier.....	65 ans.	août 1893.	Première rétention il y a vingt ans. Depuis deux ans, crises fréquentes de douleur, hématurie. Taille hypogastrique pour enlever un calcul en 1892. Persistance d'une fistulette, retour des accidents. Revient demander cystostomie.	Deux mois après, continence pendant la nuit. Pour uriner le malade se penche légèrement en avant.	Auneau, th. doct., Paris, 1895, Obs. V, et <i>Gaz. des Hôpitaux</i> , 17 avril 1894.
133	Piqué.....	70 ans.	septembre.	Rétention complète, cachexie urinaire déjà ancienne, sonde à demeure pendant huit jours. Pas d'amélioration, apyrexie; puis fièvre les deux derniers jours.	Cystostomie qui permet d'enlever un bloc fibreux volumineux. Affaiblissement progressif et mort le quatrième jour.	Auneau, th. doct., Paris, 1895, Obs. VI.

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRAIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
134	Tuffier.....	75 ans.	24 déc. 1892.	Rétention incomplète chronique traitée depuis deux ans par cathétérismes. Rétention aiguë depuis vingt-quatre heures. Fausse route. Cathétérisme impossible. Température 39°. Punction. Légère infiltration du tissu péri-vésical.	Sonde de Malécot dans l'urèthre; guérison rapide; retour des mictions par l'urèthre; ne vide toujours pas sa vessie.	Auneau. Th. doct., Paris, 1895, Obs. X, et <i>Bull. de Société de Chirurgie</i> , octobre 1894, et <i>Montpellier médical</i> , 14 octobre 1893.
135	Tuffier.....	74 ans.	10 juin 1894.	Depuis plusieurs années, crises de rétention aiguë. Nouvelle rétention aiguë, fausse route. Etat général grave, langue sèche. Température 39°.	Amélioration assez rapide au bout de trois semaines, l'état général étant bon, on reprend le cathétérisme, et on laisse fermer la fistule grâce à la sonde à demeure. En bon état en septembre 1894.	Auneau. Th. doct., Paris, 1895, Obs. XI, et <i>Bull. de Société de Chirurgie</i> , octobre 1894.
136	Tuffier.....	63 ans.		Rétention aiguë complète depuis quinze jours. Tentative de sonde à demeure, celle-ci est mal tolérée. A chaque tentative pour la remplacer difficulté. Punction vésicale. Etat général très grave, 38° 5, langue sèche. Début d'infiltration péri-vésicale. Urines fétides.	Mort le lendemain matin.	Auneau. Th. doct., Paris, 1895, Obs. XII, et <i>Bull. de Société de Chirurgie</i> , octobre 1894.
137	Routier.....	74 ans.	20 mars 1894.	Accidents urinaires depuis cinq ans, forçant le malade à se sonder, cathétérisme devenu impossible. Urine par regorgement. Etat général mauvais. On ne peut passer qu'une bougie filiforme.	Cystostomie à la cocaine. Mort le troisième jour, avec phénomène de congestion pulmonaire.	Auneau. Th. doct., Paris, 1895, Obs. XIII, et <i>Bull. de Société de Chirurgie</i> , nov. 1894.
138	Routier.....	57 ans.	10 avril 1894.	Rétréci et prostatique. Urine purulente. Pas d'amélioration après sonde à demeure.	Mort le lendemain. Tuberculose généralisée. Ulcérations de l'urèthre, de la vessie, des intestins. Pyélonéphrite suppurée.	<i>Bull. de la Société de Chirurgie</i> , nov. 1894.

139	Routier	65 ans.	7 juin 1894.	Troubles de la miction depuis douze ans. Rétention aiguë, puis incomplète avec affaiblissement progressif et fièvre.	Guérison. Sort en bon état, portant une sonde Ch. Nélaton.	Auneau, th. doct., Paris, 1895, Obs. XV, et <i>Bulletin de la Société de Chirurgie</i> , nov. 1894.
140	Routier	61 ans.	15 mai 1894	Rétention aiguë avec distention, puis rétention chronique avec résidu de 250 à 200 gr. Polyurie.	Guérison. Peut retenir 200 gr. sans se mouiller. Sort avec sonde Ch. Nélaton. Urine tantôt par l'urètre, tantôt par la fistule.	Auneau, thèse doct., Paris, 1895, Obs. XVII, et <i>Bull. de la Société de Chirurgie</i> , nov. 1894.
141	Segond ..	71 ans.	12 juin 1894.	Rétention incomplète, fréquence tous les quarts d'heure. Douleurs des mictions, fonction digestive mauvaise.	Amélioration de l'état général. Le jour urine par le méat sus-pubien, qu'on est forcé de dilater, la nuit par le canal. Mictions toujours fréquentes.	Auneau, th. doct., Paris, 1895, Obs. XXI.
142	Segond ..	70 ans.	8 déc. 1894.	Fréquence douleurs des mictions. Hématurie.	On trouve un calcul. Guérison, excellente santé Urine le jour par la fistule, la nuit par l'urètre. Port d'un appareil.	id., Obs. XXII.
143	Segond ..	65 ans.	5 juillet 1894.	Crises multiples de rétention aiguë depuis deux ans. Nouvelle rétention aiguë, cathétérisme difficile. Etat général mauvais.	Guérison. Pas de détail.	id., Obs. XXIII.

TAILLE HYPOGASTRIQUE (CARCINOMES DE LA PROSTATE)

N ^{os}	OPÉRATEUR	OPÉRÉ	DATE	INDICATION OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ ET RÉSULTAT	LIEU DE PUBLICATION
1	Thompson.....	50 ans.	mai 1874.	Cathétérisme fréquent et douloureux.	Disparition presque complète des douleurs; mort le dixième jour d'affaiblissement progressif.	<i>The Lancet</i> , 2 janvier 1875.
2	Southam.....	62 ans.	7 sept. 1888.	Rétention complète aiguë, impossibilité de cathétérisme.	Mort le deuxième jour.	<i>The Lancet</i> , 18 mars 1893.
3	Guillemot.....	74 ans.	10 août 1893.	Rétention complète, impossibilité de cathétérisme.	Amélioration. Peut retenir ses urines pendant plusieurs heures, son méat fonctionnant bien.	<i>Lyon médical</i> , oct. 1893, p. 361.
4	Leguen.....	61 ans.	14 mars 1893.	Rétention incomplète, douleur intense du cathétérisme.	Disparition des douleurs. Sonde dans fistule hypogastrique. Mort à la fin de juin.	<i>Gazette hebdomadaire de médecine</i> , 26 août 1893.
5	Tallier.....		23 février 1894.	Infection grave.	Mort le dixième jour.	<i>Gazette hebdomadaire de médecine</i> , 9 mars 1895.

